

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

**O enfermeiro e a pessoa com perturbação da
personalidade: construção de uma relação terapêutica**

Cristina Isabel Silva Simões

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio


**O enfermeiro e a pessoa com perturbação da
personalidade: construção de uma relação terapêutica**

Cristina Isabel Silva Simões

Orientador: Professor Carlos Lopes Alves H. Pina David

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Nunca é partir do quão alto atingiu que se determina o mérito de alguém, mas do quão longe chegou, levando em conta as suas dificuldades.”

Archibald Rutledge

AGRADECIMENTOS

Todos foram importantes neste percurso que considerei árduo e cheio de provações.

Em cada momento todos se posicionaram, á sua maneira, para que eu alcançasse este objetivo a que me propus.

Nem sempre estive á altura, pois por vezes achei insuficiente o que cada um conseguiu fazer por mim. Mas, cada um só deu aquilo que conseguiu.

Esta foi uma aprendizagem difícil, mas necessária.

Cresci, algumas vezes na dor, mas acredito que hoje sou uma pessoa diferente. Tentando cada dia ser melhor.

Agradeço com afeto às pessoas que encontrei neste caminho e que provavelmente não sabem o quão importante foram. Pessoas fantásticas.

Mas não posso deixar de nomear algumas delas, que algum dia poderão querer perceber através da leitura deste relatório onde estive tantas horas e talvez fiquem felizes por perceber a sua importância nesta fase da minha vida.

Ao meu marido, incansável, amigo, cansado mas que sempre levou o barco para a frente.

Á minha filha Joana, que considero não ter percebido porque era importante para mim este passo, mas que com os seus 17 anos esteve presente em momentos chave. Sabe Deus com que esforço! No entanto esta também foi uma fase difícil para ela. Desculpa!!!

Á minha filha Maria Letícia, uma força da natureza, mas por vezes a razão da minha fraqueza.

Á minha mãe, numa relação pautada por muitos desencontros, que acredito nem ter percebido, mas disponível quando necessitei.

Á minha sogra, sogro, á minha cunhada Paula e sobrinhas pela ajuda em momentos fulcrais.

À Célia, presente nos momentos difíceis, sobretudo no que concerne á compilação e realização de alguns trabalhos.

À Salú, amiga de longa data, por me incentivar a não desistir.

À Aninhas e dona Manuela, que são anjos na minha vida.

À Enfermeira Liliana, pessoa extraordinária que se cruzou no meu caminho. Atenta, exigente, compreensiva, geradora de mudança.

À enfermeira Maria Helena pelo seu conhecimento aliado á gentileza, saber fazer, saber ser e saber estar.

À minha querida e adorada Georgette, sempre presente emocionalmente e a quem agradeço o facto de fazer parte da minha vida, deixando que eu também faça parte da sua.

À professora Ana Melo que sem saber foi muito importante neste trajeto.

Aos clientes, para quem viver nem sempre é uma tarefa fácil, mas que me permitiram aprender, relativizar as adversidades e até mesmo tranquilizar-me numa fase de numerosos desafios. Quem diria!!!

Para finalizar, mas não menos importante o contributo imprescindível do orientador Carlos David, que sem exigir, conseguiu conter algumas das minhas angústias e dificuldades.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DPBP – Diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade

RESUMO

As pessoas (clientes) com Perturbação Borderline da Personalidade são alvo de interações desagradáveis ou de evitamento por parte dos enfermeiros, uma vez que são entendidos como irritantes, manipuladores, difíceis, más pessoas e não como doentes. Esta constatação motivou o interesse pela aquisição de competências com vista à construção de relações terapêuticas com estes clientes, que apresentam uma prevalência estimada na população de 1,6% a 5;9% e de 20% entre doentes internados em serviços de psiquiatria (American Psychiatric Association, 2013).

A construção desta relação terapêutica baseou-se nos pressupostos de Peplau (1990), que definiu sem ambiguidades e numa base científica o papel do enfermeiro. Contudo outros contributos importantes foram dados por Rogers (1974) e Chalifour (2008) para quem esta relação é encarada como central, uma vez que a recuperação do equilíbrio do cliente em sofrimento mental deve ter por base relações interpessoais significativas, que o “valorizem” como um todo à luz da sua individualidade.

As competências adquiridas junto dos clientes com esta perturbação resultaram das intervenções realizadas em grupo e individualmente, bem como de todos os pensamentos, emoções e comportamentos emergentes durante os estágios, que se realizaram no Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria de um Hospital da Região Sul e Vale do Tejo e posteriormente no Serviço de Internamento do Hospital Prisional.

Durante este processo de aprendizagem foram realizadas reflexões estruturadas, segundo o Ciclo reflexivo de Gibbs (1988), importantes para o profissional refletir sobre Si, o Outro, a inter-relação estabelecida, bem como sobre temas importantes para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, com reflexo nas relações terapêuticas estabelecidas.

Palavras-chave: Perturbação Borderline da Personalidade; Relação Terapêutica; Peplau; Enfermeiros; Mediadores da Relação.

ABSTRACT:

People (clients) with Borderline Personality Disorder are subject to unpleasant interactions or avoidance on the part of nurses, since they are understood as annoying, manipulators, difficult, bad people and not as patients. This finding motivated the interest in acquiring skills to build therapeutic relationships with these clients, who present an estimated prevalence in the population of 1.6% to 5,9% and 20% among patients hospitalized in psychiatric services (American Psychiatric Association, 2013).

The creation of this therapeutic relationship was based on the assumptions of Peplau (1990), who unambiguously and on a scientific base defined the role of nurses. However, other important contributions were made by Rogers (1951) and Chalifour (2008) for whom this relationship is perceived as essential, since the recovery of the client's stability must be based on meaningful interpersonal relationships that "value" the clients as a whole in the light of their individuality.

The skills acquired with clients with this disorder resulted from group and individual interventions, as well as from all the thoughts, emotions and behaviors that emerged during the internships, which took place at the Mental Health and Psychiatry Day Hospital of a Hospital of the South Region and Vale do Tejo and after in the Prison Hospital Internment Service.

During this learning process, structured reflections were carried out, according to Gibbs's Reflective Cycle (1988), important for the self-knowledge of the professional to reflect on them, the Other, the established relationship, as well as on themes important for their personal and professional development, with repercussion in the established therapeutic relations.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Therapeutic Relationship; Peplau; Nurses; Relationship Mediators.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	16
 CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
1.1. Personalidade	20
1.2. Perturbação da Personalidade	21
1.3. Perturbação Borderline da Personalidade	22
1.4. Relação terapêutica	25
1.5. Relação terapêutica com pessoas com o diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade - atitude dos profissionais de saúde	28
1.6. Características dos enfermeiros facilitadoras de uma relação terapêutica com clientes com Perturbação Borderline da Personalidade	31
 CAPÍTULO 2 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	
2.1. Problemática em estudo	34
2.1.1. Pertinência do tema	34
2.1.2. Questão de partida	35
2.2. Objetivos do projeto	35
2.3. Análise do percurso...rumo à construção da relação terapêutica com clientes com Diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade	37
2.3.1. Hospital de Dia	38
2.3.1.1. Descrição da situação	38
2.3.1.2. Pensamentos e sentimentos emergentes...	46
2.3.1.3. Análise da situação	50
2.3.1.4. Conclusão	55
2.3.1.5. Planeamento das próximas intervenções/ ações/ comportamentos	57
2.3.2. Hospital Prisional	58
2.3.2.1. Descrição da situação	58
2.3.2.2. Pensamentos e sentimentos emergentes...	60

2.3.2.3. Análise da situação	62
2.3.2.4. Conclusão	63
2.3.2.5. Planeamento das próximas intervenções/ ações/ comportamentos	64
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

APÊNDICES

Apêndice I – Manual da relação “terapêutica” / Tudo o que temos cá dentro / A importância do reconhecimento	78
Apêndice II – Intervenção de âmbito psicoterapêutico com clientes com Perturbação da Personalidade - “Gestão de Emoções”	100
Apêndice III – Diários de intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão de emoções	129
Apêndice IV – Reflexão sobre a relação de ajuda/terapêutica, pressupostos teóricos e reflexão sobre a prática	165
Apêndice V – Reflexão sobre o princípio, o meio e o fim da Relação Terapêutica	177
Apêndice VI – Estudo de caso	184
Apêndice VII – Registos de intervenções de âmbito psicoterapêutico com cliente com Diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade	208

INTRODUÇÃO

Este relatório visa espelhar o caminho percorrido rumo à construção da relação terapêutica com pessoas (clientes) com Perturbação Borderline da Personalidade, promotor de competências específicas enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O interesse pela relação, neste caso terapêutica, como forma de interação com o outro, tem sido uma constante e um desafio ao longo do meu percurso profissional, visto considerar que os profissionais imbuídos de um **saber estar, saber ser e saber fazer** podem ser portadores de esperança, de entendimento, para que o outro também possa **estar, ser e fazer** de forma diferente, mais funcional e adaptativa, o que se encontra comprometido nos clientes com o diagnóstico de Perturbação da Personalidade.

A construção da relação terapêutica com clientes com diagnóstico de Perturbação da Personalidade, nomeadamente Borderline, foi o foco da intervenção, uma vez que esta perturbação da personalidade é a mais amplamente estudada e extensivamente pesquisada e a que provoca maior impacto negativo nos profissionais de saúde; nomeadamente enfermeiros; que consideram estes clientes difíceis, irritantes, manipuladores, más pessoas e não doentes, e cujo impacto negativo promove interações desagradáveis e de evitamento (Woollaston, 2008), fazendo escalar um ciclo vicioso de falta de comunicação e porta giratória de hospitalizações com alta taxa de abandonos (Bodner, 2015).

Segundo Lego citado por Lopes (2005) a relação enquanto instrumento terapêutico tem sido desenvolvida desde os finais da década de 40 do século XX, no entanto só em 1952 com a divulgação da obra de Peplau intitulada “The interpersonal relations in nursing” é que á luz da evidência científica o enfermeiro teve um papel de destaque.

Segundo Peplau (1990) o foco da relação centra-se na enfermeira e no cliente, contudo é esta que na posse de formação especializada deve reconhecer a necessidade de ajuda da pessoa. Desta forma, deve devolver ao cliente o que percebe através da interação estabelecida, para que este

possa realizar transformações que contribuam para o seu desenvolvimento integral tendo em consideração o seu contexto de vida.

Peplau (1990) descreve o processo da relação interpessoal em quatro fases que por estarem interrelacionadas devem ser entendidas como um todo. Nesta relação a enfermeira detém vários papéis, que utilizados de forma efetiva motivam os clientes para o autocuidado, ajudando-os a formular planos de ação profícuos para a resolução dos problemas detetados.

O contributo de Peplau é importante, contudo também Rogers (1980) e Chaliffour (2008) proporcionam conhecimentos para o desenvolvimento de competências na área relacional, que são realçados ao longo do relatório.

Assim, com vista á construção da relação terapêutica com clientes com esta Perturbação da Personalidade foram delineados como objetivos gerais perceber quais as características que o enfermeiro deve possuir e as competências que deve desenvolver, tendo sido delineados como objetivos específicos o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal bem como a aprendizagem de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas para intervir em grupo e individualmente.

Para dar resposta a todos estes objetivos foram realizadas intervenções de enfermagem ao longo dos estágios, tais como atividades expressivas relacionadas com a expressão de sentimentos, atividades projetivas, estudo de caso e intervenção individual de âmbito psicoterapêutico, bem como todo um trabalho de auto-conhecimento alicerçado no pensamento reflexivo segundo o Ciclo de Gibbs (1988).

Para um melhor entendimento do percurso rumo á construção desta relação terapêutica o presente relatório está organizado em dois capítulos.

O primeiro capítulo que se encontra subdividido em seis subcapítulos contempla uma revisão da literatura sobre Personalidade Normal; Perturbação da Personalidade e mais especificamente Perturbação Borderline da Personalidade; Relação Terapêutica; bem como a Atitude dos Profissionais de Saúde face aos clientes com Perturbação Borderline da Personalidade. Para

finalizar este capítulo são descritas as características dos enfermeiros facilitadoras de uma relação terapêutica com os clientes com esta perturbação.

O segundo capítulo intitulado implementação do projeto contem como subcapítulos: a problemática em questão, a pertinência do tema, a questão de partida, os objetivos do projeto, bem como a análise do percurso....rumo á construção da relação terapêutica com clientes com Perturbação Borderline e da Personalidade.

A análise do percurso efetuado nos estágios que decorreram no Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria de um Hospital da Região Sul e Vale do Tejo e posteriormente no serviço de internamento do Hospital Prisional foi realizada com base na reflexão estruturada segundo o Ciclo de Gibbs (1988), uma vez que esta forma de encadear o pensamento permite uma melhor aprendizagem na ação, pelas questões que suscita, bem como um enriquecimento ao longo do processo. Nestas reflexões são mobilizados conceitos e autores importantes para uma aprendizagem profícua traduzida nas competências adquiridas.

A conclusão reflete o percurso desenvolvido, as dificuldades e limitações encontradas, bem como as perspetivas futuras.

Nos apêndices encontra-se todo o trabalho desenvolvido, bem como as reflexões acerca do mesmo, consideradas imprescindíveis e de extrema importância para todas as aprendizagens realizadas e competências adquiridas.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A revisão da literatura presente neste capítulo visa o desenvolvimento de conhecimentos teóricos que permitam uma intervenção informada e consciente sobre algumas das premissas para a construção da relação terapêutica com clientes com perturbação da personalidade, mais especificamente Perturbação Borderline da Personalidade.

Desta forma é importante perceber o conceito de personalidade normal/ perturbação da personalidade, e mais especificamente perturbação borderline da personalidade, bem como o que se entende por relação terapêutica.

Considera-se também importante mencionar e refletir sobre os estudos que espelham a atitude dos enfermeiros face aos clientes com esta perturbação, e quais as qualidades que os profissionais devem **possuir e estar** presentes nas relações que estabelecem, para que estas se possam constituir como relações terapêuticas.

1.1. Personalidade

Segundo Sillamy (1999) a personalidade pode ser definida como “um elemento estável da conduta de uma pessoa, o que a caracteriza e a diferencia dos outros” (p.200). Segundo Freud citado por Zimerman (2001) a sua construção resulta da combinação de fatores heredoconstitucionais, com as antigas experiências emocionais com os pais e as experiências traumáticas da realidade da vida adulta, numa constante interação entre os fatores biológicos e os fatores ambientais.

De acordo com o PDM Task Force (2006) a personalidade engloba formas relativamente estáveis de pensar, de sentir, de comportamento e de relação com os outros. Caracteriza-se desta forma pela capacidade de se reconhecer a si e aos outros de formas complexas, estáveis e precisas; pela capacidade de experienciar em si e nos outros o conjunto de afetos esperados para a sua faixa etária; a capacidade de regular os impulsos e afetos de modo adaptado e satisfatório, recorrendo de forma flexível a defesas e estratégias de

coping; a capacidade para funcionar tendo por base uma sensibilidade moral ponderada e consistente, tendo uma noção clara da realidade e a capacidade de utilizar os recursos adequados para responder ao *stress* e recuperar de situações dolorosas.

1.2. Perturbação da Personalidade

Segundo Fernandes (2014) uma perturbação da personalidade é:

“Um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é invasiva e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e origina mal-estar ou incapacidade”.

O DSM-5 (2013) acrescenta que este padrão se manifesta em duas ou mais das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e a nível do controlo dos impulsos e não devem ser explicadas como manifestações ou consequências de outras perturbações mentais nem podem ser atribuídas a efeitos fisiológicos do consumo de substâncias nem de outras condições médicas.

Godinho citada por Figueira (2014) refere que a classificação da personalidade, de acordo com as suas características ou traços, sofreu alterações desde que Kurt Schneider as descreveu como personalidades “que sofrem ou fazem sofrer os outros, devido à sua anomalia”.

Desta forma, de acordo com o DSM-5 (2013) existem atualmente duas perspetivas de análise das perturbações da personalidade. A perspetiva **Categorial** na qual as perturbações apresentam síndromes clínicas qualitativamente distintas e que se mantêm agrupadas em três grandes grupos ou *clusters*; grupo A ou grupo excêntrico, grupo B ou dramático e grupo C ou ansioso; e a abordagem **dimensional** na qual se verifica que as perturbações da personalidade representam traços mal adaptativos que se distribuem de forma contínua a partir da normalidade e de outras perturbações.

Ou seja, nesta perspetiva o DSM-5 (2013) considera que os prejuízos no funcionamento do self/identidade e nas relações interpessoais são o núcleo da psicopatologia da personalidade, tendo por isso criado uma **escala de nível de funcionamento da personalidade** onde existem **cinco níveis de prejuízo**, que variam desde o nível saudável em que a pessoa tem um mundo psicológico complexo, elaborado, apresenta um autoconceito maioritariamente positivo, tem uma vida afetiva plena e apresenta a capacidade de se comportar como um membro produtivo da sociedade com relações interpessoais satisfatórias, até ao extremo oposto, onde se encontra uma pessoa com patologia grave da personalidade que apresenta um mundo psicológico pobre, desorganizado, tem um fraco autoconceito, desregulação dos afetos, e apresenta uma fraca competência para as relações interpessoais e sociais.

Nesta abordagem categorial consideram-se apenas seis perturbações da personalidade; antissocial, evitante, *borderline*, narcísica, obsessiva-compulsiva e esquizotípica, sendo as restantes classificadas sob a forma de personalidade especificada por traços, através da utilização de cinco grandes domínios de traços da personalidade e 25 facetas.

1.3. Perturbação Borderline da Personalidade

Segundo a American Psychiatric Association (2013) a Perturbação Borderline da Personalidade apresenta uma prevalência estimada de 1,6% a 5;9% na comunidade em geral e de 20% nos doentes internados nos serviços de psiquiatria. Não se encontraram contudo dados relativos á prevalência desta perturbação na população portuguesa. De salientar no entanto que foi realizado em Portugal um estudo pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa em parceria com a Universidade Católica Portuguesa, que apesar de não referir esta perturbação, estima que em Portugal a prevalência das perturbações de controlo dos impulsos é de 3,5% (Almeida,2010).

A Perturbação Borderline da Personalidade caracteriza-se por “um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, e impulsividade marcada começando no início da idade adulta e

presente numa variedade de contextos” (American Psychiatric Association, 2013)

As pessoas com esta perturbação segundo a American Psychiatric Association (2013) são suscetíveis às circunstâncias do meio envolvente, com vivências de medos intensos de abandono e raiva inapropriada, mesmo face a situações de separações limitadas no tempo ou quando se verificam mudanças de planos, fazendo-os acreditar que isto se deve ao facto de eles serem “maus”. Este medo do abandono acontece devido á intolerância á solidão e á necessidade de terem pessoas próximas de si.

Também se verifica que o padrão de relacionamento instável e intenso que os caracteriza é notório na idealização que fazem dos amantes ou cuidadores potenciais aquando os primeiros encontros, exigindo que passem muito tempo juntos e que partilhem de muita intimidade. No entanto rapidamente podem mudar da idealização para a desvalorização, sentindo que os outros não os tratam bem, não lhes dando e não estando presentes tanto quanto queriam.

São pessoas com alterações rápidas na autoimagem, com mudanças de objetivos, valores e aspirações vocacionais, mudando rapidamente de opinião a nível da carreira, amigos, identidade sexual e valores. A impulsividade que caracteriza o seu comportamento verifica-se em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas, tais como apostas no jogo, gastos irresponsáveis, ingestão alimentar compulsiva, abuso de substâncias, relacionamentos sexuais de risco ou condução irrefletida (American Psychiatric Association, 2013)

De acordo com a American Psychiatric Association (2013) o suicídio consumado ocorre em cerca de 8 a 10%, e as automutilações, tentativas e ameaças de suicídio são muito frequentes. As tentativas de suicídio recorrentes são com frequência o motivo do pedido de ajuda, e as automutilações podem acontecer durante experiências dissociativas, trazendo muitas vezes o alívio uma vez que permitem ao individuo sentir, ou servem como validação pelo sentimento de se considerarem maus.

As pessoas com Perturbação Borderline da Personalidade têm uma grande tolerância á dor aguda, sobretudo durante episódios de automutilação. No entanto verifica-se que são particularmente intolerantes á dor crónica endógena, havendo uma importante associação comórbida entre esta perturbação e a dor crónica endógena não maligna, o que segundo Sansone e Sansone (2007,2013) se pode explicar pelo facto de poder entrar em jogo o processo psicológico de uma dramatização elaborada, característica das perturbações da personalidade do grupo B, o que intensifica a experiência e a expressão de dor por parte do sujeito.

Nesta perturbação a morte prematura por suicídio também pode acontecer, especialmente quando coexiste a perturbação depressiva ou o uso de substâncias. Ainda de salientar que outras perturbações concomitantes comuns incluem perturbação bipolar, perturbação do uso de substâncias, perturbações alimentares, nomeadamente bulimia nervosa, perturbação de hiperatividade e défice de atenção e perturbação de *stress* pós-traumático (American Psychiatric Association, 2013).

O humor tem uma base disfórica, sendo quebrado por períodos de raiva, desespero ou pânico, exceccionalmente atenuado por períodos de alegria ou contentamento. Geralmente estes episódios são o reflexo da reatividade às relações interpessoais. Esta raiva pode ser despertada por um cuidador ou amante considerado negligente, pouco afetuoso ou abandonico. Contudo, por vezes é seguida de vergonha e sentimentos de culpa, contribuindo mais uma vez para reforçar o seu sentimento de se considerarem más pessoas (American Psychiatric Association, 2013).

Nesta perturbação os sentimentos crónicos de vazio que referem sentir faz com que facilmente se aborreçam, o que as leva a procurar sempre algo para fazer.

Verifica-se também que as pessoas com esta perturbação podem ter um modelo de rotura consigo próprio quando os objetivos estão em fase de concretização, podendo por vezes desenvolver sintomas do tipo psicótico em alturas muito conturbadas. Como referido anteriormente existem dificuldades a nível dos relacionamentos interpessoais, o que faz com que necessitem muitas

vezes de objetos transicionais, tais como um animal de estimação ou um objeto pessoal inanimado para se sentirem seguras. De salientar que na história infantil destas pessoas surgem relatos de abuso físico e sexual, negligência, conflitos violentos e perda parental prematura (American Psychiatric Association, 2013).

Relativamente ao curso e desenvolvimento desta perturbação segundo Fernandes (2014) embora se verifique que a tendência para as emoções intensas, a impulsividade e a exuberância vivida a nível relacional possa durar muitas vezes toda a vida, as pessoas que beneficiam de uma intervenção terapêutica na qual estão empenhadas, mostram mudanças e melhorias geralmente no decorrer do primeiro ano. Verifica-se ainda que a incapacidade e o risco de suicídio são maiores no início da idade adulta, desaparecendo com o avançar da mesma.

1.4. Relação Terapêutica

O ser humano é um ser em relação e os profissionais de saúde deverão ser o protótipo desta relação que tem na sua génese um carácter terapêutico.

A Ordem dos Enfermeiros (2012) refere que a relação:

“...assume-se hoje como fulcral no domínio da atuação autónoma dos enfermeiros, tendo vindo a tornar-se num meio poderoso de intervenção e num elemento decisivo e inquestionável no cuidar em enfermagem.” (p.28)

No processo de cuidar em enfermagem de saúde mental e psiquiatria a relação terapêutica é encarada como central, uma vez que a recuperação do equilíbrio do cliente em sofrimento mental deve ter por base relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008).

Segundo Chalifour (2008) estar em relação significa estar atento ao outro e entendê-lo de forma holística, ajudando-o a expressar as suas necessidades e a envolver-se na relação, proporcionando-lhe ajuda a nível físico, social e psíquico, tendo em consideração as suas expectativas, características e dificuldades.

Também Peplau (1990) defende que a relação terapêutica faz parte do cuidar em enfermagem e está centrada nas relações interpessoais que têm lugar entre o enfermeiro e a pessoa cuidada e que de forma dinâmica potencia o crescimento e desenvolvimento de ambos os intervenientes.

Nesta relação terapêutica o enfermeiro ajuda o cliente a recordar e compreender o que lhe está a acontecer, para que esses acontecimentos sejam integrados no seu contexto de vida. Este processo relacional é dinâmico, estruturado e desenvolve-se em quatro fases, durante as quais se ajuda o cliente a observar, descrever e analisar o seu comportamento, promove-se a reflexão sobre as ligações que resultam desta análise que é validada com outros significativos e testam-se novos comportamentos em diferentes situações, para que se possam estabelecer relações mais satisfatórias.

Na teoria de Peplau (1990) o processo de relação interpessoal de enfermagem encontra-se descrito em quatro fases, que apesar de separadas se encontram relacionadas e que passo a descrever:

Fase de orientação – nesta fase a ajuda profissional solicitada ao enfermeiro deriva de uma necessidade do cliente, que uma vez identificada permite perceber a necessidade de informação e compreensão acerca do problema. Desta forma, em colaboração com outros elementos da equipa de saúde, a enfermeira orienta o cliente na abordagem do seu problema e respetivas implicações. Nesta fase é importante estar atento á tensão e ansiedade que o cliente possa apresentar.

Fase de identificação – nesta fase a intervenção deve promover no cliente uma aprendizagem construtiva, que acontece quando este se foca nos elementos essenciais da sua situação, mediante os seus próprios esforços, e quando pode desenvolver respostas independentemente da intervenção da enfermeira.

Na terceira fase do processo, denominada **Fase de exploração** verifica-se que o cliente faz uso pleno dos serviços que lhe são oferecidos tentando retirar o melhor benefício possível. No início da recuperação o cliente pode experimentar a ambivalência, entre o estado de dependência anterior e de

independência que se afigura. O enfermeiro deve continuar a apoiá-lo estabelecendo novas metas, tais como voltar a trabalhar, tendo também como objetivo diminuir a identificação consigo, fruto da relação estabelecida.

Para finalizar, considera-se **a Fase de resolução** como um fenómeno psicológico no qual o cliente abandona os laços adquiridos preparando-se para regressar a casa. O ideal segundo Peplau (1990) seria que nesta fase a resolução do problema clínico do cliente ocorresse, o que em muitos casos não acontece, uma vez que mesmo recuperado este não apresenta o desejo real de terminar a sua doença.

De acordo com Peplau (1990), durante a relação terapêutica a enfermeira pode assumir diferentes **papéis**, tais como: **estranha, pessoa recurso, professora, líder, conselheira** ou **substituta**. Estes papéis, considerados essenciais, ajudam na formulação de planos de intervenção e auxiliam na resolução dos problemas, devendo ser utilizados de acordo com as necessidades do cliente.

Carl Rogers, psicólogo humanista, também deu um contributo importante no que se refere à relação terapêutica, introduzindo uma abordagem não-diretiva nesta mesma relação.

Segundo Santos (2004), Carl Rogers vê o ser humano dotado de liberdade e poder de decisão, que lhe permitem preservar e desenvolver alguma capacidade de autonomia e autodeterminação mesmo nas situações mais adversas, ao contrário da ideia de que este tem a sua existência fatalmente determinada por fatores de ordem interna e externa.

Rogers (1974) evidencia a capacidade individual dos sujeitos para a resolução dos seus próprios problemas, uma vez que acredita na capacidade das pessoas se transformarem para poderem alcançar o crescimento pessoal, o que na sua linguagem é definido como atualização do *self*. Este conceito está centrado no papel positivo das capacidades humanas promotoras do crescimento e desenvolvimento pessoal, baseado no pressuposto de que todos os seres humanos têm uma motivação intrínseca para evoluir. Ao terapeuta, neste caso ao enfermeiro, deverá caber a importante função de transmitir

aceitação positiva incondicional e compreensão face às atitudes e percepções do cliente, que tenderá a autorrevelar-se e a realizar o autoconhecimento necessário para o progresso terapêutico, o que poderá significar a resolução de problemas e tomada de decisões. Há luz desta abordagem o enfermeiro será apenas um facilitador que promove a exploração por parte do cliente daquilo que este considere importante para si. Desta forma o enfermeiro mantém uma relação igualitária com o cliente, não sendo por isso uma figura de autoridade com soluções, mas antes uma pessoa que se preocupa e acredita que o cliente é capaz de estabelecer os seus próprios objetivos e encontrar as respetivas respostas. Ou seja, este modelo assenta no respeito pela individualidade pessoal e pela tolerância em relação à pessoa e aos seus valores.

Este é um contributo vindo da psicologia mas os princípios pelos quais se rege vão ao encontro da abordagem da Peplau e Chalifour, onde o cliente é visto como único, com solução para a resolução dos seus próprios problemas.

1.5. Relação terapêutica com pessoas com o diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade - atitude dos profissionais de saúde

Chalifour (2008) refere que a relação terapêutica é central no processo de cuidar e Botelho (2014) acrescenta que esta relação compreende a mobilização de conhecimentos teóricos e técnicos, bem como o envolvimento do enfermeiro enquanto pessoa, sendo “na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções (Chalifour,2008). Desta forma, segundo Reynolds citado por Botelho (2014) o enfermeiro imprime um cunho pessoal à relação, que pode facilitar ou inibir o crescimento do cliente, sendo por isso importante perceber as suas atitudes e comportamentos, para que as relações que estabeleçam se possam traduzir em relações terapêuticas.

Segundo Swift (2009) os profissionais de saúde veem a perturbação da personalidade como uma questão de autocontrolo em vez de doença, encarando o cuidar destes clientes como um desafio que é emocional e fisicamente desgastante. As dificuldades de relacionamento interpessoal e a

regulação emocional disfuncional que apresentam tornam as relações muitas vezes conflituosas, o que promove expressões de agressividade geradoras de conflitos.

Face a estes comportamentos agressivos, os enfermeiros por vezes sofrem agressões físicas ou verbais, que são promotoras de raiva, desapontamento, impotência, o que os faz sentir emocionalmente feridos e com medo relativamente á sua segurança e á dos outros clientes (Swift,2009).

Markham (2003) refere que a equipa de enfermagem considera que os clientes rotulados com o diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade relativamente aos clientes com outros diagnósticos psiquiátricos são considerados mais perigosos, motivo pelo qual criam relativamente a estes uma maior distância social, são menos otimistas e mais negativistas, considerando que estes clientes apresentam um mau prognóstico e uma má resposta ao tratamento. Ou seja, neste caso a perceção de perigosidade não é o único fator que influencia a atitude dos profissionais face á doença mental, mas também o mau prognóstico e a má resposta ao tratamento.

Swift (2009) reforça esta perspetiva referindo que algumas pessoas com transtornos de personalidade, nomeadamente Borderline, sofrem de “stress severo” podendo comportar-se de forma anómala e perigosa. Estes aspetos fazem com que os profissionais vejam esta perturbação como uma questão de autocontrolo em vez de doença, tornando a sua atuação física e emocionalmente desgastante.

Segundo Stong citado por Swift (2009) num hospital de Ashworth foi realizado um inquérito aos profissionais de saúde, entre os quais enfermeiros e percebeu-se que estes apresentavam receio face a estes doentes, pois consideravam-nos mais perigosos comparativamente com os sujeitos com outras doenças mentais. Contudo, a evidência mostra que estes sujeitos tendem a auto mutilar-se ao invés de causar danos nos outros (Markham, 2003; Swift 2009).

Apesar dos comportamentos evidenciados por parte das pessoas com esta perturbação, os estudos revelam que da parte dos profissionais também existem poucas competências de assertividade.

Desta forma é importante que os profissionais de saúde adquiram competências que lhes permitam interagir e cuidar destes clientes. Isto é referido pelo *National Institute for Mental Health in England* citado por Swift (2009) que afirma que os enfermeiros precisam de limites pessoais e interpessoais claros quando trabalham com pessoas com esta perturbação da personalidade, uma vez que os limites terapêuticos protegem os profissionais, impedindo-os de se tornarem oprimidos e em “burnout”, fornecem estrutura, contenção e uma direção que lhes permite ajudar os clientes. Estes limites podem ser estabelecidos através de contratos entre os doentes e os profissionais de saúde, bem como planos de tratamento individualizados, verificando-se que esta abordagem aprofunda o compromisso, demonstrando preocupação, o que reforça a relação terapêutica. Quando existe indefinição de limites e inconsistência podem surgir problemas, pois existe a diminuição da sensação de segurança e confiança, aumenta a ansiedade, verifica-se o desenvolvimento de preferências de alguns profissionais face a outros, o que pode promover clivagens na equipa.

Desta forma Swift (2009) constata que o desenvolvimento de uma relação terapêutica é fundamental quando se trabalha com estes clientes e que esta deve ser pautada pelo entusiasmo, flexibilidade, autocrítica, receptividade, criatividade e confiança.

Contudo, a mesma autora considera que o treino e a supervisão por parte dos enfermeiros é importante pois permite-lhes compreender a Perturbação Borderline da Personalidade, adquirir competências práticas e terapêuticas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados, aumentar o otimismo terapêutico, promovendo a esperança e motivação dos próprios clientes.

Lawn (2015) refere que na recuperação destes clientes é importante a literacia em saúde, o que foi evidente num estudo realizado no Canadá, onde se verificou melhoria no equilíbrio, resolução de problemas associados com

maiores reduções dos sintomas de perigo e melhorias no funcionamento interpessoal quando foram dadas às pessoas mais informações sobre o seu diagnóstico. Estes autores também consideram importante a promoção de estratégias de autogestão e estratégias de *coping*.

Por outro lado Lawn (2015) considera que se os profissionais não entenderem estas pessoas como manipuladoras, mas mentalmente doentes e tratáveis, esta atitude pode ter implicações significativas para a manutenção da simpatia, entusiasmo e otimismo dos próprios profissionais.

Segundo o autor supra citado, a falta de compreensão e a atitude dos profissionais face a clientes com esta perturbação faz com que estes continuem a enfrentar desafios significativos na procura de ajuda, bem como a nível de cuidados coerentes e eficazes.

Desta forma com base nos estudos supracitados onde estão espelhadas as atitudes e dificuldades dos profissionais na abordagem às pessoas com esta perturbação, pretendeu-se entender as bases da relação terapêutica eficaz e quais as características inerentes ao profissional facilitadoras e promotoras desta relação.

1.6. Características dos enfermeiros facilitadoras de uma relação terapêutica com clientes com Perturbação Borderline da Personalidade

Segundo Botelho (2014) a relação terapêutica é influenciada por qualidades que se enquadram na dimensão profissional e que englobam os conhecimentos teóricos e técnicos e por atributos de dimensão pessoal que se relacionam com as qualidades ou características pessoais do profissional.

Botelho (2014) e Swift (2009) referem existir nos profissionais de saúde características que facilitam a construção da relação terapêutica com clientes com perturbação Borderline e que são importantes reter.

A calma, a paciência, o conhecimento e a empatia são qualidades referidas por Swift (2009) como importantes para manter uma relação terapêutica com estes clientes, e os estudos analisados por Botelho (2014)

referem a existência do “altruísmo, a compaixão/ solidariedade, a gentileza e simpatia, a autenticidade, o interesse genuíno, a compreensão e a disponibilidade”, bem como o facto de o profissional não fazer julgamentos, escutar ativamente, ser empático, genuíno e possuir uma atitude reflexiva, como importantes na construção desta relação.

Botelho (2014) ressalva no entanto que o facto de algumas destas características estarem muito próximas das características mobilizadas na esfera social do enfermeiro, faz com que as fronteiras entre uma relação de cariz social e terapêutico sejam muito ténues, o que implica por parte destes profissionais uma maior perícia, experiência, conhecimento profissional, bem como auto conhecimento e consciência de si. Ou seja, são importantes os limites terapêuticos, que têm como objetivo a proteção do cliente e do enfermeiro, assegurando uma relação terapêutica funcional.

Apesar da importância destas características, que devem ser transversais a todos os enfermeiros, considero o autoconhecimento e consciência de si como competências que os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria devem desenvolver durante a especialidade e cuja descoberta não deve cessar aquando o término da mesma. Ou seja, pensar “sobre quem sou” e sobretudo “sobre quem sou na relação com o outro” é fulcral na construção das relações que se pretendem terapêuticas.

Também Rogers (1980) refere que o fator mais importante para uma terapia bem-sucedida, á semelhança de uma relação terapêutica bem-sucedida se deve á atitude do terapeuta, neste caso enfermeiro, e que se caracteriza por três componentes interligadas. Estas componentes são a aceitação positiva incondicional, a congruência e a compreensão empática pelo referencial interno do cliente. Para o autor subjacente a estas atitudes está a não directividade e o interesse no aqui e agora das experiências do sujeito, o que cria a oportunidade para que este tome conhecimento dos seus verdadeiros sentimentos, estabeleça os seus próprios objetivos e encontre as suas próprias respostas, enriquecendo-se como pessoa.

CAPITULO 2 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo considera-se importante elucidar o caminho percorrido de forma a um melhor entendimento de todo o trabalho desenvolvido.

2.1. Problemática em estudo

A literatura descreve atitudes negativas dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, face aos clientes com Perturbação Borderline da Personalidade.

Segundo Bodner (2015) estes clientes geram inconscientemente hostilidade e violência, antagonizam-se com o pessoal, abandonam o tratamento e processam os terapeutas, o que ficou demonstrado na pesquisa que efetuaram com 706 profissionais de saúde mental, onde estavam incluídos enfermeiros, e onde quase metade dos profissionais referiram que preferiam evitá-los, sendo esta atitude evidente por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros (onde estou incluída), no serviço de Psiquiatria onde exerço funções.

2.1.1. Pertinência do Tema

Dado que existe uma prevalência de 20% de clientes internados no serviço de psiquiatria com o diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade (American Psychiatric Association, 2013) e considerando que a inter-relação com estes é pautada por relações disfuncionais, considera-se importante perceber enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria quais as competências necessárias para a construção de uma relação terapêutica, uma vez que existem evidências de que por vezes estas atitudes derivam do fato dos profissionais não possuírem habilidades necessárias para a realização de intervenções adequadas.

2.1.2. Questão de partida

As premissas evidenciadas levam a uma questão de partida, que se pensa no final capacitar o profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria para relações interpessoais, individualmente e em grupo, promotoras de crescimento e mudança quer no próprio quer no outro.

Assim, impõe-se a questão:

- *Quais as competências que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria deve desenvolver para intervir terapêuticamente com clientes com Perturbação Borderline da Personalidade?*

2.2. Objetivos do projeto

A finalidade dos estágios realizados nos dois contextos referidos visa dar resposta á questão formulada. Logo, importa delinear objetivos com vista á consecução destas competências.

Os objetivos delineados são:

- Refletir sobre o autoconhecimento/crescimento pessoal e profissional desenvolvido no decorrer deste percurso, com vista á construção de relações terapêuticas com clientes com Perturbação Borderline da Personalidade
- Refletir sobre os sentimentos, atitudes e contra atitudes que estão presentes na construção da relação, com vista á promoção de uma relação terapêutica assente na possibilidade de crescimento e mudança quer no próprio quer no outro.
- Refletir sobre a transferência e contratransferência presente na relação terapêutica estabelecida com estes clientes
- Desenvolver competências psicoterapêuticas e socioterapêuticas através de intervenções de âmbito terapêutico realizadas individualmente e em grupo.

A fim de alcançar estes objetivos considera-se importante a pesquisa bibliográfica efetuada, bem como os contextos terapêuticos onde se estagiou, locais onde o saber teórico-prático dos profissionais, a sua atitude, linguagem verbal e não-verbal se constituíram como exemplos a seguir na construção da relação terapêutica com clientes com esta perturbação.

O autoconhecimento enquanto pessoa e profissional é considerado fulcral no estabelecimento de relações terapêuticas com estes clientes, motivo pelo qual o acesso ao mesmo derivou da metodologia utilizada baseada na reflexão estruturada segundo o ciclo de Gibbs (1988), que acompanhou todo este percurso.

Segundo Benner (2001) é importante as enfermeiras anotarem sistematicamente as suas aprendizagens a partir da sua própria experiência. No entanto a noção de experiência não é a passagem do tempo que a constrói mas o confronto com as situações reais e as noções teóricas pré-concebidas. Quando as enfermeiras conseguem refletir e escrever sobre as suas aprendizagens em ação, mais o pensamento e a prática se consolidam, com a possibilidade de transmissão de conhecimentos a outros, neste caso aos pares.

Segundo Hesbeen (2013) existem quatro grandes formas de escrita ou expressão profissional associadas á prática dos prestadores de cuidados; onde estão incluídos os enfermeiros; e que são: a escrita científica, prescritiva, funcional e a escrita sensível, esta última desenvolvida ao longo do estágio com recurso á reflexão estruturada e que se caracteriza por colocar:

“em palavras e em forma a sensibilidade, isto é, o sentimento, a ressonância, a emoção ou ainda a reflexão pessoal de um ser humano profissional que se interroga, ou mais simplesmente, se exprime, sobre o que ele vive ou sobre o que se vive no coração da relação pessoa a pessoa que caracteriza a singularidade - e, portanto, a complexidade intrínseca- de cada situação profissional, assim como a subtilidade que ela requer.” (p.16)

2.3. Análise do percurso... rumo á construção da relação terapêutica com clientes com DPBP

A análise do percurso efetuado durante os estágios foi compilada com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), uma vez que esta forma de organização do pensamento foi interiorizada como um precioso recurso, tendo possibilitado um exercício de reflexão com base em etapas que, por introduzir algumas questões, promoveu o acesso consciente aos fenómenos transferenciais, contratransferências, de projeção/identificação projetiva, entre outros, vividos na relação intra e interpessoal.

As reflexões que foram realizadas no início deste trajeto com vista á construção da relação terapêutica espelham uma centração na própria enquanto pessoa e profissional, o que reflete a reação aos fenómenos projetivos, transferenciais e contratransferenciais relacionados com os sentimentos e emoções despoletados nos vários momentos e contextos presentes durante todo o percurso.

Todavia, a emergência de algumas destas emoções e sentimentos permitiu a tomada de consciência do **Ser** em relação, o que culminou no autoconhecimento (ainda em desenvolvimento) promotor de interações e relações intra/interpessoais e terapêuticas mais genuínas, espelhadas nas reflexões que se foram sucedendo e através do feedback dos profissionais que acompanharam esta evolução.

Segundo Peplau (1990) o enfermeiro só se pode relacionar com o cliente como um todo na medida em que é capaz de conceber toda a sua personalidade centrada no seu problema. Neste sentido, a necessidade do autoconhecimento torna-se imperiosa, sendo necessário percorrer situações na infância às quais se esteve exposto e nas quais se permitiu ou não a descoberta de si mesmo. Este aspeto é valioso na construção de relações interpessoais genuínas, uma vez que o enfermeiro só pode ser flexível nas relações com os clientes se tiver consciência profunda de si, o que torna possível a aceitação dos outros tal como eles são.

A realização destas reflexões foram momentos por excelência marcantes para a tomada de consciência de todos os fenómenos presentes na construção da relação terapêutica, resultado de momentos, contextos e interações importantes e estão espelhadas no **Apêndice I**.

O percurso efetuado nos dois locais de estágio profissional (Hospital de Dia e Hospital Prisional) com vista á aquisição de competências específicas para Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, no que concerne sobretudo á construção da relação terapêutica, será descrito conforme referido segundo o Ciclo de Gibbs (1988).

2.3.1. Hospital de Dia

2.3.1.1. Descrição da situação

O hospital de dia é uma unidade funcional de internamento, a tempo parcial, aberto de segunda a sexta-feira, entre as 9 e as 16 horas, com capacidade para 20 clientes. Recebe sobretudo jovens adultos, na altura com idades compreendidas entre os 20 e os 55 anos, que se encontravam “paralisados” na sua vida profissional ou académica.

Segundo os registos efetuados pelos profissionais do serviço o diagnóstico com maior prevalência nos clientes que frequentam a unidade é a perturbação do humor, no entanto na altura da realização do estágio existia um caso de perturbação do comportamento alimentar, diagnósticos estes que estão associados a comorbilidade com as perturbações da personalidade, sendo a mais prevalente a Perturbação Borderline da Personalidade.

Segundo Neto (2001) o modelo de intervenção terapêutica vigente neste serviço assenta na grupanálise e psicanálise, que tem como objetivo promover a cura ou a melhoria sintomática, através de alterações a nível das estruturas psíquicas, com vista a uma modificação qualitativa mais profunda a manter a longo prazo.

Este modelo tem por base a psiquiatria dinâmica, na qual o individuo, a família e o meio são entendidos do ponto de vista biológico e psico-sociológico.

Segundo Kaplan (2009) para a perspectiva dinâmica o fenómeno mental resulta da interação contínua das forças opostas, ou seja, o conflito entre os impulsos e as forças que os retraem, que está na base dos conceitos de conflito e resistência. A doença mental é entendida como uma consequência da competição entre os desejos e as exigências e as formas inconscientes através das quais o cliente luta para o bem-estar.

Para Gabbard (2006) nesta abordagem é importante valorizar a experiência subjetiva do cliente, sendo as suas particularidades resultantes da sua história de vida. Desta forma é importante perceber e explorar o seu mundo interno, habitado por medos, fantasias, expectativas e sonhos.

Eizirik (2008) refere que o sofrimento psíquico tem origem nos modelos precoces de relação de objeto e da qualidade com que as experiências foram vividas e sentidas nesta fase do desenvolvimento, pois estas tendem a permanecer como matriz para as relações futuras. Cientes desta realidade a intervenção terapêutica preconizada no serviço visa a alteração do padrão relacional cristalizado que tende á repetição. Com vista a transformar este padrão estes autores referem que os clientes devem apreender os significados dos sintomas manifestos e encontrar novas ressignificações, que os ajudem a estabelecer novos padrões de interação com o mundo.

Segundo os profissionais da equipa multidisciplinar o objetivo desta intervenção visa que os clientes melhorem não só a nível sintomático, mas que se desenvolvam a nível psíquico, se reintegrem socioprofissionalmente e regressem á vida ativa com um projeto que lhes possibilite a estabilidade a médio e longo prazo, evitando assim a doença crónica e a possibilidade de recaída.

Concomitantemente com o tratamento psicofarmacológico este modelo de intervenção promove o desenvolvimento holístico do cliente, que desta forma adquire competências a nível cognitivo, emocional e comportamental, mais adequadas e adaptativas.

De salientar que ao longo da prática clinica a equipa deste hospital de dia tem reconhecido a enorme importância que as relações familiares têm tanto

na gênese das patologias como na evolução terapêutica dos seus clientes, motivo pelo qual a sua presença é solicitada em vários contextos, nomeadamente na sessão de grupo multifamiliar, que acontece uma vez por semana (Centeno, 2010).

Para além deste grupo terapêutico, existe ainda o grupo psicoterapêutico, a reunião de equipa realizada no final de cada grupo, as primeiras entrevistas aos potenciais clientes para ingressarem o grupo, bem como a musicoterapia. À exceção da musicoterapia, mediada pelo musicoterapeuta, todas as outras sessões são mediadas pela grupanalista, no entanto todos os elementos da equipa podem intervir oportunamente.

Estas sessões têm início cerca das 11h, sendo o horário das 9 às 11h ocupado pela enfermeira especialista, orientadora deste estágio. Neste espaço existem atividades previamente programadas com os clientes, tais como atividades que visam o treino cognitivo, atividades promotoras da autoestima, de competências sociais e instrumentais, bem como atividades que visam a gestão emocional. A dinamização destas sessões é realizada com recurso à pintura, ao desenho, à escrita criativa, ao recorte e à colagem, que constituem segundo Lago (2011) potenciais canais de comunicação de elementos conscientes e inconscientes, passíveis de mentalização e elaboração quando os trabalhos são apreciados pelos membros da equipa, ou pelo próprio, com a ajuda do condutor do grupo.

A enfermeira realiza estas sessões todos os dias da semana exceto à quinta-feira de manhã, dia em que faz o atendimento individual a cada cliente. Neste dia são monitorizados os sinais vitais, o peso, e é feita a gestão da medicação. Apesar de este ser um espaço mais dedicado à educação para a saúde, acaba por ser muito mais que isso, uma vez que é um momento privilegiado onde se consolida a relação terapêutica, promotora de possíveis mudanças no cliente.

As atividades terapêuticas pré-definidas semanalmente contemplavam também o período da tarde, contudo durante o tempo de realização deste estágio devido a condicionalismos do serviço nem todas puderam ser asseguradas nesse período. Para colmatar esta situação promoveram-se

atividades dinamizadas quer pela enfermeira orientadora quer pelas sessões que realizei formal e informalmente.

Durante o período da tarde de sexta-feira com a periodicidade quinzenal também se realizou o “entre-nós”, atividade dinamizada pela psicóloga, onde através de jogos terapêuticos são mobilizadas diferentes temáticas.

Todas estas atividades, onde tive a oportunidade de participar, umas vezes como observadora, outras como participante, constituíram-se como momentos importantes de aprendizagem na ação.

Desta forma, pude intervir, refletir e partilhar as vivências, as dificuldades, as opiniões, as emoções e sentimentos não só com a equipa, mas especialmente com a enfermeira orientadora.

No que concerne a esta fase de descrição do ciclo de Gibbs é importante mencionar a intervenção de âmbito psicoterapêutico que tive a oportunidade de dinamizar, sob a orientação da enfermeira orientadora e cuja temática foi a “**Gestão de emoções**”.

Uma das características das pessoas com perturbação da personalidade é o seu padrão persistente de instabilidade a nível das relações interpessoais, da autoimagem e a nível da gestão das emoções.

Uma vez que esta dificuldade foi percecionada nos vários espaços e momentos terapêuticos nos quais estive presente, considerei que era pertinente abordar uma temática que se prendesse com esta dificuldade. Contudo, esta intenção carecia do interesse e motivação dos clientes, bem como do parecer da enfermeira orientadora. Como ambas as partes se mostraram agradadas e motivadas, foi realizado um pequeno trabalho compilado paulatinamente, do qual fazem parte o respetivo enquadramento teórico e o planeamento das sessões, explanados no **Apêndice II**.

Estas sessões tiveram como **Objetivo Geral** sensibilizar os clientes para a identificação e nomeação das várias emoções e como **Objetivos Específicos**, promover a partilha incentivando a expressão de emoções e

sentimentos; refletir sobre a gestão das emoções a nível intrapessoal e interpessoal e dar a conhecer algumas estratégias para lidar com as emoções que causam maiores dificuldades a nível relacional.

Num primeiro momento houve necessidade de uma explicação teórica sobre emoções e sentimentos e da sua importância na vida de cada um de nós. Importante ressaltar que foram desmistificadas de uma forma geral todas as emoções e sentimentos, sem que fossem apelidadas/os de boas/ons e más/aus, mas apenas entendidas/os na sua essência e como tal consideradas/os importantes e necessárias/os nas várias etapas e momentos da vida, o que se traduziu em surpresa e “alívio” para alguns clientes. A sua expressão facial, a linguagem não-verbal e posteriormente a linguagem verbal traduziu algum espanto face à possibilidade de aceitação de todas estas emoções e sentimentos como necessários à vida, não só a nível pessoal mas também na relação com os outros.

Sendo esta uma temática abrangente, com possibilidade de realização de múltiplas sessões, houve necessidade de balizar a intervenção. Desta forma na primeira sessão foi solicitado aos clientes que nomeassem três emoções que considerassem de difícil gestão, para que as próximas sessões fossem ao encontro das suas dificuldades mais prementes.

Na dinamização desta sessão utilizaram-se mediadores artísticos, que surgem neste contexto apenas como facilitadores da comunicação e das relações interpessoais, sem ter a pretensão de apelidá-la de arte-terapia.

Assim utilizando a expressão plástica como mediador e recorrendo ao recorte, colagem e desenho, solicitou-se a expressão de uma ou mais emoções difíceis de gerir e posteriormente pediu-se que partilhassem o resultado da sua realização com o grupo. No final desta sessão ficou claro que as emoções mais difíceis de gerir foram a tristeza, a raiva e o medo.

Uma vez que cada ser humano **pensa**, **sente** e **age** individualmente; contudo muitas vezes condicionado por diferentes situações e acontecimentos; tornou-se necessário perceber face a cada uma das três emoções anteriormente referidas o que cada cliente pensa, sente e qual o seu

comportamento. Considerou-se importante ter um entendimento mais aprofundado destes três aspetos para cada cliente em particular, uma vez que não existem estratégias únicas para fazer face a determinadas situações, mas sim múltiplas possibilidades igualmente válidas.

Assim, a sessão foi pautada pela reflexão realizada individualmente sobre cada um destes aspetos para as três emoções identificadas, que alguns clientes tiveram dificuldade em operacionalizar, uma vez que o padrão de pensamento e ação acaba por ser idêntico nas três situações.

Esta situação de alguma forma fez sobressair a dificuldade que os clientes apresentaram na linguagem das emoções e dos afetos e em como esta se traduz a nível dos sentimentos, pensamentos e ações.

Uma vez que o tempo de realização do estágio só iria permitir explorar uma emoção, em acordo com a enfermeira orientadora optou-se pela “**Raiva**”, por ser uma emoção comum a alguns clientes. Assim, na sessão onde esta emoção foi “apresentada” utilizaram-se técnicas de expressão dramática, nomeadamente o **role-playing** e a **técnica do espelho**, que também são utilizadas no psicodrama, contudo neste contexto foram utilizadas apenas como mediadores da relação.

Segundo Ramalho (2010) o **role-playing** é uma técnica que permite o treino de papéis específicos, com o objetivo de reproduzir situações vividas ou imaginadas, no pressuposto de que, ao representá-las, os sujeitos possam ver com maior nitidez os caminhos e as dificuldades que apresentam ou possam vir a enfrentar em situações futuras. Segundo o mesmo autor na **técnica do espelho** o terapeuta coloca-se na postura que o cliente assume em determinado momento da dramatização, com o objetivo de permitir que este, ao olhar para si de fora da cena, perceba todos os aspetos nela envolvida. No caso do psicodrama em grupo, a técnica do espelho pode ser feita por um ego auxiliar, profissional formado ou por um cliente sugerido pelo terapeuta (neste caso enfermeiro) que desempenhe esta função, o que aconteceu nesta situação.

Estas são duas técnicas de psicodrama que segundo Moreno (1993) representam “ o ponto culminante na passagem do tratamento do individuo isolado para o tratamento do individuo em grupos, do tratamento do individuo por métodos verbais para o tratamento por métodos de ação”. Segundo este autor como não é possível entrar na mente do cliente para ver como ele entende e sente, o psicodrama procura, com a sua colaboração, “transferir a mente “para fora” do individuo e objetivá-la dentro de um universo tangível e controlável (...) depois de completada esta fase de objetivação, começa a segunda fase, que consiste em resubjetivar, reorganizar e reintegrar o que foi objetivado”

Kellermann citado por Duarte (2012) refere que, independentemente do modelo usado em psicodrama; neste caso nesta sessão de âmbito psicoterapêutico; a apresentação de uma verdade pessoal num ambiente protegido de faz de conta permite lidar com situações difíceis de uma maneira criativa e adaptativa, o que tem um efeito terapêutico. Também de referir que o psicodrama não deve ser visto apenas numa lógica de extinção de sintomas, mas como um método que pode contribuir para a promoção do desenvolvimento pessoal, libertando o potencial humano criativo, ajudando nos problemas de adaptação através do desenvolvimento psicossocial com vista à promoção de relações mais gratificantes e atitudes mais positivas perante a vida.

Conforme referido esta não pretendeu ser uma sessão de psicodrama, mas a utilização destas técnicas balizadas pela enfermeira orientadora, permitiu a recriação de ambientes difíceis possibilitando a perceção do quão difícil é para estes clientes encontrar pensamentos, emoções e ações alternativas aquelas que motivaram a sua dificuldade, apesar das várias alternativas apresentadas pelos restantes elementos do grupo.

Relativamente à estrutura das sessões, estas foram realizadas mediante um plano do qual fez parte uma pequena introdução, o aquecimento com um quebra-gelo, o desenvolvimento onde constava o tema e a técnica a ser desenvolvida. No final estava contemplado tempo para os clientes partilharem as emoções e sentimentos experienciados durante a sessão.

A realização desta intervenção de âmbito psicoterapêutico e o seu fio condutor tiveram como suporte os conceitos de Peplau, para quem os cuidados de excelência primam pelo desenvolvimento de relações interpessoais entre enfermeiro-cliente que lhes dê segurança e satisfaça as suas necessidades.

Para Peplau (1990) existem quatro momentos chave na interação cliente-enfermeira que foram tidos em consideração na preparação e apresentação desta intervenção. Estes momentos são a **orientação, a identificação, a exploração e a resolução**.

Inicialmente as sessões foram pensadas com base no conhecimento teórico acerca do funcionamento psíquico e inter-relacional destes clientes, bem como através da interação estabelecida e presenciada nos vários contextos. A pertinência desta temática foi contudo validada junto da enfermeira orientadora e dos clientes, que desde o primeiro dia manifestaram total agrado pela sua concretização.

Ainda no período de **orientação** houve necessidade de balizar a intervenção, dada a abrangência do tema, tendo para isso sido solicitada a envolvência dos clientes, para uma perceção mais abrangente das suas dificuldades.

Na fase de **identificação** foi solicitado que cada cliente reconhecesse para cada uma das emoções identificadas as suas dificuldades. Verificou-se no entanto que não foi fácil a sua objetivação. Este aspeto constituiu um desafio, uma vez que tiveram que se empreender esforços no sentido de tentar perceber o real funcionamento de cada cliente, solicitando-lhes que especificassem o mais pormenorizadamente possível as suas reais dificuldades. Essa tentativa insere-se na fase de **exploração**, onde não só se tentou objetivar as dificuldades evidenciadas, mas também se empreenderam esforços no sentido de sensibilizar o cliente para alternativas mais adaptativas que lhe permitam fazer face a essas dificuldades.

Quanto á fase de **resolução**, o objetivo das sessões não visava a curto prazo mudanças no padrão de funcionamento dos clientes, mas apenas a sua

sensibilização para esta temática, o que foi conseguido através do seu feedback e a avaliação da orientadora de estágio.

2.3.1.2. Pensamentos e sentimentos emergentes...

Os primeiros pensamentos e sentimentos que emergiram prenderam-se com o primeiro contacto com a realidade do hospital de dia, com as suas dinâmicas, bem como o tipo de intervenção grupanalítica e psicanalítica.

Apesar de ter formação nesta área, a determinada altura tentei aprender e apreender a abordagem veiculada por outras correntes, nomeadamente da linha cognitivo-comportamental, pois considero esta intervenção mais pragmática e focal.

Atualmente dada a rapidez com que a vida decorre, as pessoas, onde me incluo, tendem a querer tratamentos e soluções rápidas para os seus problemas e angústias. Assim, esta linha de conduta afigurava-se como a ideal. No entanto, constatei que se por um lado pode ser benéfica e é uma das abordagens para intervir com estes clientes, julgo que a abordagem da linha psicodinâmica se reveste de uma riqueza inquestionável, uma vez que tem em linha de conta a pessoa, a família e o meio, sendo estes entendidos do ponto de vista biológico e psico-sociológico.

Foi com agrado que regressei às origens da formação em psicanálise e tranquilamente revi conceitos cuja aplicação prática se revestiu de muito sentido.

No que concerne aos primeiros dias de estágio e à interação com os clientes....

Os primeiros dias foram pautados pela observação dos clientes nos vários contextos terapêuticos e pelo conhecimento da sua história clínica descrita no respetivo processo.

Apesar da comorbilidade do diagnóstico de perturbação da personalidade estar presente nestes clientes, existia apenas uma cliente que

tinha descrito em diário clínico Perturbação Borderline da Personalidade. Contudo era evidente e relatado pela própria o vazio sentido, a impulsividade marcada, os movimentos de amor/ódio projetados, o choro disruptivo, a intolerância ao outro, a dificuldade em confiar, os movimentos de aproximação e fuga.

As características evidenciadas pela cliente faziam antever a dificuldade para a aproximação e estabelecimento de uma relação terapêutica, tendo havido apenas dois momentos onde foi possível interagir com a cliente, que acedeu a sentar-se para conversar. Posteriormente rejeitou esta aproximação (apesar do respetivo pedido de desculpa), querendo apenas continuar a falar com o médico e a enfermeira de referência. Acabou por desistir deste espaço terapêutico ao fim de pouco tempo, uma vez que segundo ela encontrou emprego (facto que aconteceu de forma insólita).

Desta forma experienciei a dificuldade que estes clientes têm em confiar, sobretudo em quem apenas está presente num curto espaço de tempo, fazendo-me compreender e aceitar que possivelmente para que esta relação se pudesse estabelecer eram importantes estarem reunidas outras condições, tais como a presença diária que se deveria manter ao longo de mais tempo. Contudo, essas condições não são o garante de uma aproximação terapêutica aos clientes, o que pode condicionar e neste caso condicionou o tipo e qualidade das relações estabelecidas com todos os profissionais de saúde.

Constato assim que a relação terapêutica com estes clientes necessita de “vários ingredientes”, entre os quais a sua motivação para o tratamento bem como a tomada de consciência e aceitação das suas dificuldades. De salientar, que o fator temporal, e a necessidade de uma permanência regular do outro, identificados por mim, mas também mencionados pela enfermeira orientadora, são importantes para a aproximação e manutenção de um padrão de interação com uma certa estabilidade, que para estes clientes pode ser estruturante.

Relativamente á interação com os restantes clientes, a aproximação foi aparentemente mais fácil. Contudo considero que para que se estabeleça uma relação que se pretende terapêutica é necessária uma presença assídua do

profissional, para que a confiança se consolide e possa emergir o verdadeiro Eu, de ambas as partes envolvidas na relação.

Uma vez que o objetivo deste estágio foi pautado pela intervenção em grupo, interagi de uma forma geral com todos os clientes, sendo as intervenções individuais realizadas pontualmente. Estas foram mediadas através da partilha efetuada com a enfermeira orientadora.

Senti no entanto dificuldade em empatizar com a postura apresentada por estes clientes (não em simpatizar) pois a tendência era motivá-los para a ação ou para um outro olhar sobre a sua situação, o que percebi ser uma dificuldade comum a todos.

Não foi fácil a aceitação positiva incondicional das dificuldades do Outro.

Todavia, paulatinamente fui interiorizando esta dificuldade e percebendo que a profundidade do trabalho desenvolvido poderia permitir outro registo de ação.

Segundo Santos (2004), a **Compreensão Empática** é um processo que consiste na capacidade de penetrar no universo do outro, com a sensibilidade necessária á mobilidade e significação das suas vivências. Contudo há que respeitar o ritmo das suas próprias descobertas, mantendo-se desperto a tudo o que de novo possa surgir.

Foi de facto o que aconteceu e acontece com todos os clientes que frequentavam este espaço terapêutico. Respeito pelo seu ritmo, ir ao encontro de algo que os motive, desafiá-los a tentar fazer diferente. Apesar de parecer simples este é o culminar de um longo processo de terapia individual e de grupo. Na altura em que decorreu este estágio, uma cliente teve alta e retomou a sua atividade laboral, segundo ela “com outras ferramentas” (sic) para fazer face às dificuldades, outro cliente iniciou aulas de defesa pessoal, outro iniciou um curso de formação de curta duração.

Este é por isso um trabalho moroso, que no final permite aos clientes encontrarem outras possibilidades de **Fazerem** e **Serem** diferentes.

Também esta capacidade de esperar e refletir, aguardando o melhor momento para uma ação mais ponderada e tranquila foi interiorizada, logo aceite no outro, contudo todo o caminho percorrido nesta construção foi balizado pela orientação recebida, por parte da enfermeira orientadora e professor orientador. Considero deste modo que tal como o cliente necessita ser acompanhado neste processo de crescimento e atualização do *self*, também o profissional necessita de um espelho que o reflita, “supervisione” e acompanhe neste processo de crescimento pessoal e profissional. Segundo Abreu (2002) a supervisão é definida como “uma estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das equipes, maturação pessoal e desenvolvimento profissional”, que considero de extrema importância para a qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, a interação com estes clientes e o facto de participar nos vários momentos de intervenção terapêutica foram importantes não só a nível pessoal mas e sobretudo a nível profissional, uma vez que através do trabalho reflexivo baseado nos vários momentos e contextos vividos, adquiri uma “consciência de mim” promotora de relações terapêuticas empáticas e da aceitação incondicional do Outro.

Quanto á intervenção de âmbito psicoterapêutico, onde inicialmente senti alguma insegurança, dada a inteligência, exigência e meticulosidade, características de alguns destes clientes, posteriormente foi pautada pela confiança, pela possibilidade de poder correr riscos, de aceitar desafios, uma vez que estas pessoas apresentam dificuldade na **G**estão de **E**moções o que facilitou o meu papel dado o gosto e a vontade em dinamizar os conteúdos inerentes a esta temática.

As técnicas que utilizei para dinamizar as sessões são comumente utilizadas neste contexto, estando os clientes familiarizados com as mesmas. Apesar de não ter prática na sua utilização, o estudo prévio e a presença da enfermeira orientadora permitiram-me estar tranquila e dinamizar as sessões conforme tinham sido planeadas.

Relativamente á realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico considero imperioso o planeamento prévio, com objetivos claros e concisos,

assim como a organização dos respetivos conteúdos e dinâmicas que facilitem a participação e motivação de todos os clientes. De ressaltar ainda a importância da reflexão que o profissional deve fazer sobre as intervenções desenvolvidas, bem como a avaliação por parte dos clientes, com o objetivo de uma melhoria contínua dos cuidados.

A análise reflexiva das várias sessões de âmbito psicoterapêutico, estão espelhadas no **Apêndice III** e proporcionam um olhar distanciado sobre a intervenção, com o objetivo de manter ou melhorar procedimentos.

Relativamente à avaliação por parte dos clientes, bem como por parte da enfermeira orientadora, foi realizada verbalmente, tendo o feedback sido positivo e encorajador para a continuação deste tipo de abordagem terapêutica.

Segundo Peplau (1990) na relação enfermeiro-cliente são descritos seis papéis que surgem nas diversas fases da relação e que são o papel de estranha, de pessoa recurso, de professora, líder, substituta e de conselheira.

Apesar de a intervenção ter sido em grupo senti que experienciei um pouco de todos estes papéis, inclusivamente por esta ordem. De referir, no entanto, que o papel de substituta e conselheira foi mais solicitado a nível das intervenções individuais.

2.3.1.3. Análise da situação

Qual o sentido que posso encontrar em tudo o que se passou ao longo deste percurso...

Havia poucos dias decorridos de estágio quando sou assolada por um sem número de sentimentos, emoções, meus, dos outros, da observação, da interação, pensados, sentidos, agidos, vividos. Enfim.... Uma amálgama de tanta coisa e nada ao mesmo tempo, que ao olhar para trás compreendo que só assim é possível pensar, sentir e agir num outro patamar. O da **C**onsciência de **Mim**.

Embora ciente de só passando por estes processos tenha acesso a esta consciência, é necessário nomear os fenômenos envolvidos neste processo que visam o crescimento profissional.

Existem dois conceitos importantes presentes na relação terapêutica que o enfermeiro deve analisar com o objetivo de um melhor entendimento de si e do outro, pois uma vez não identificados podem conduzir a um impasse na relação enfermeiro-cliente. A saber: o conceito de **transferência** e **Contratransferência**, que passarei a descrever sucintamente.

Segundo Stuart (2001), podemos definir a **transferência** como uma resposta inconsciente na qual o cliente experimenta sentimentos e atitudes pelo enfermeiro que estavam originalmente relacionados com as figuras significativas da sua vida. Ou seja, esta resposta não é mais do que uma reação que tem como finalidade reduzir ou aliviar a ansiedade. O enfermeiro deve por isso estar atento, uma vez que ignorar ou não examinar este fenômeno impede que se torne consciente, impossibilitando por isso a mudança de padrões de relacionamento.

Gabbard (1998) refere que a transferência consiste na atualização de sentimentos, tendências, atitudes, fantasias e defesas, relativamente às relações atuais, contudo baseadas na repetição de padrões precoces. Ou seja, neste caso o enfermeiro é vivido e sentido como uma figura significativa do passado, a quem são atribuídas as qualidades e os sentimentos associados a essa mesma figura.

Para o autor a transferência é também entendida como uma resistência à recordação, o que pode tornar difícil o trabalho terapêutico de trazer à consciência o material inconsciente. Este aspeto remete para a ação e repetição dos modelos, em vez de recordar e desta forma ter a possibilidade de alterar padrões de relacionamento.

Apesar destas dificuldades cabe ressaltar que a transferência é portadora de informação valiosa acerca das relações passadas do cliente,

permitindo compreender quais os acontecimentos a que este oferece resistência.

Relativamente ao conceito de **Contratransferência** na relação terapêutica Stuart (2001) refere que é um impasse criado neste caso pelo enfermeiro, frequentemente em resposta a uma resistência do cliente. Geralmente estas reações são de amor, preocupação intensa, hostilidade ou repulsão e reações de grande ansiedade.

Uma vez que as relações atuais não são mais do que prolongamentos das relações vivenciadas anteriormente, verifica-se que a contratransferência do enfermeiro e a transferência do cliente vão estar relacionadas com as vivências inconscientes de cada um com as figuras significativas do seu passado. A diferença deve residir contudo na forma como o enfermeiro lida com estes sentimentos, não esquecendo que enfermeiro e cliente são ambos seres humanos, existindo por isso mais semelhanças do que diferenças entre ambos.

Considerando os fenómenos envolvidos na relação terapêutica surgem-me algumas questões...

Como deve o enfermeiro lidar com todos os sentimentos e emoções despoletados na interação? Como lidar com o luto, a dor, o isolamento, a tristeza, a raiva e a angústia que o cliente desperta em nós? Como deve o enfermeiro evitar não se “perder” e “envolver” com todos os sentimentos projetados?

Em resposta a estas questões considero que só é possível lidar com a transferência projetada quando a contratransferência for analisada e o enfermeiro “aceitar” ficar exposto a todas as emoções e sentimentos envolvidos na relação terapêutica.

Apesar de a contratransferência estar sempre presente no decorrer da relação terapêutica, considero que a experiência, a supervisão e até a psicoterapia individual do enfermeiro são importantes para a construção de

relações terapêuticas genuínas, para que o Outro possa ser entendido na sua essência.

Desta forma, as emoções e os sentimentos despoletados e reativados durante a realização do estágio, mercê da transferência e contratransferência, bem como da projeção e/ou identificação projetiva, descritos nas reflexões realizadas e compiladas no **Apêndice I** conforme referido anteriormente, permitiram o acesso à consciência do que pode emergir na relação, para que esta seja pautada pela genuinidade.

Só quando o profissional procura o conhecimento de si é que consegue aceitar de forma incondicional tudo o que possa emergir na relação, que se pretende terapêutica.

Nesta análise importa ainda referir que a abordagem terapêutica utilizada neste contexto se denomina **Mentalização** (Mentalization based therapy). Segundo Bateman (2006) estas intervenções terapêuticas organizam-se de modo a facilitar os processos de mentalização afetiva, através da empatia e função reflexiva do profissional, indo até à mentalização interpretativa que faz a ligação com a história da vinculação do sujeito e a relação de transferência. Segundo o autor as pessoas com esta perturbação desenvolvem, na sua maioria, padrões de vinculação desorganizados, apresentando diminuição na capacidade reflexiva, o que compromete esta função de mentalização. Ou seja, a forma como se estabeleceu a vinculação tem influência nas capacidades cognitivas, emocionais e relacionais do adulto, motivo pelo qual o enfermeiro deve ter presente estas premissas.

Relativamente à intervenção de âmbito psicoterapêutico dinamizada sob a temática “**Gestão de emoções**” considero que a intervenção em grupo é interessante uma vez que possibilita a troca de experiências importantes entre os vários elementos que o constituem.

O ser humano não vive isolado, motivo pelo qual se torna importante (sobretudo nestes clientes), proporcionar momentos de interação onde de forma acompanhada estes possam experienciar os vários sentimentos e emoções emergentes nas vivências intra e interpessoais.

Segundo Freire citado por Spadini (2006) o grupo é o resultado da dialética entre a história dos elementos que o constituem, com os seus mundos internos, as suas projeções e transferências, integrados no caminhar da sociedade em que estão inseridos. Este é definido como um entidade com mecanismos específicos, no qual todos os elementos estão unidos em prol de um objetivo comum.

Uma vez que o objectivo desta intervenção visou sensibilizar os clientes para uma melhor gestão emocional, as emoções necessariamente emergiram, o que promoveu a partilha promotora de momentos reflexivos que possibilitam aos clientes pensar e agir de forma mais adaptativa. Segundo Maximino citado por Spadini (2006) nos grupos existe a possibilidade de recriar o ambiente familiar, social, o que possibilita o desenvolvimneto de competências, sendo entendido como um instrumento terapêutico eficiente.

Contudo, apesar da atividade grupal ter a sua efectividade comprovada, segundo Durão citado por Spadini (2006) esta ainda é bastante reduzida, o que tem como possívél explicação a falta de profissionais capacitados para este tipo de intervenção.

Segundo a autora é por isso importante que os enfermeiros reconheçam a importância do trabalho em grupo, não somente na saúde mental, mas em todas as outras áreas, carecendo no entanto de maior preparação não só para a realização das atividades, bem como para a realização de supervisões periódicas, onde o auto-conhecimento é essencial. Apesar de existir trabalho desenvolvido nesta área de atuação, constata-se a existência de poucas pesquisas publicadas sobre esta temática, o que a existir possibilita o recurso a esta forma de intervenção com maior segurança por parte dos enfermeiros.

Embora em diferentes contextos tenha tido oportunidade de dinamizar sessões de grupo, reconheço que é sempre um desafio, que necessita ser pensado e posteriormente refletido, para que se constitua como um trabalho terapêutico. Considero desta forma importantes todas as reflexões realizadas, bem como a apreciação realizada pela enfermeira orientadora.

Na intervenção que realizei, procurei estar atenta a cada cliente em particular, tentando que todos pudessem ter o mesmo tempo de intervenção e atenção. Contudo, nem sempre se revelou uma tarefa fácil, dado que existiam clientes que tentavam ser o centro das atenções, o que acabou por causar alguns constrangimentos nos próprios, nos outros e em mim. Ciente destas premissas e á medida que se vão identificando outras, torna-se mais fácil intervir assertiva e terapeuticamente.

Quanto á dinamização das sessões com recurso aos mediadores artísticos considero que a aprendizagem destas técnicas foi uma mais-valia pois a sua utilização traduz-se numa possibilidade privilegiada de acesso ao **Outro**, competências enquanto enfermeiro especialista para intervir junto dos clientes com esta patologia, e não só, principalmente no que se refere ao contexto grupal.

2.3.1.4. Conclusão

Esta etapa da reflexão com base no Ciclo de Gibbs constituísse como um momento de balanço acerca das concretizações, realizações, objetivos atingidos, bem como um momento de reflexão sobre as dificuldades existentes, os objetivos por alcançar, entre outras reflexões.

Apesar da pesquisa prévia acerca do estabelecimento de relações terapêuticas, nomeadamente com clientes com perturbação da personalidade, e considerando que não se afigurava difícil a sua concretização, na realidade a teoria não serve senão como guia orientador da prática, que no entanto se pode revelar mais complexa e desafiante.

Todas as premissas inerentes ao estabelecimento da relação terapêutica tendem a “complicar-se” quando na relação “com o outro, com os outros”, são reativados sentimentos e emoções até então adormecidos, que trazidos á consciência podem condicionar o estabelecimento de relações genuínas. Em situação, o profissional poderá e tenderá a acionar defesas com o objetivo de se “proteger”, o que acaba por condicionar o trabalho terapêutico.

Apesar das várias opções possíveis, o caminho que resolvi percorrer levou-me à consciencialização de quem sou, enquanto pessoa e profissional, na relação intra e interpessoal. Esta é uma competência inerente ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, que no entanto pode não ter a oportunidade de ser desenvolvida, por várias razões.

Acontece no entanto que este local de estágio foi e é terreno fértil para a tomada de consciência do EU. Desta forma, foi possível iniciar essa descoberta.

De ressaltar que este é um processo que necessita de suporte emocional, pois é um caminho difícil de trilhar, contudo enriquecedor. Por outro lado, e uma vez que os outros espelham aquilo que somos, é importante percebermos o impacto que temos nas relações que estabelecemos, para que se possam traduzir em relações genuínas, congruentes e sobretudo terapêuticas.

Nesta descoberta fui acompanhada, orientada e apoiada pela enfermeira orientadora e professor orientador, entre outras pessoas que fui encontrando nesta descoberta de mim.

Ao realizar esta descoberta e consciência de **Mim** fui ficando mais ciente da descoberta do **Outro**, o que se traduziu na aceitação incondicional, congruência e compreensão empática do seu mundo interno de referência.

Apesar deste momento reflexivo sobre o “**eu** na ação” se encontrar mais diluído, pelo trabalho desenvolvido essencialmente em grupo, considero que esta aprendizagem se revelou importante e uma mais-valia para o segundo local de estágio, onde a intervenção com os clientes foi realizada individualmente.

Relativamente às atividades desenvolvidas...

Apesar de inicialmente terem sido pensadas mais atividades sobre a temática Gestão de Emoções, na prática revelou-se impossível a sua realização.

Mais uma vez houve necessidade de paulatinamente ir ao encontro das necessidades dos clientes, respeitando os seus tempos, para além de que é necessário todo um planeamento prévio que envolve tempo de pesquisa o que também condicionou a possibilidade de poder fazer mais atividades.

Embora algumas vezes tenha sentido alguma impotência face a todas as solicitações existentes na altura do estágio, nomeadamente a incapacidade para fazer mais... o reforço positivo e a busca da qualidade em vez de quantidade, orientações dadas pela enfermeira orientadora permitiram-me gerir as várias emoções de forma tranquila.

2.3.1.5. Planeamento das próximas intervenções/ ações/ comportamentos

A base científica que sustenta as ações dos enfermeiros denomina-se **P**rocesso de **E**nfermagem e traduz-se numa forma ordenada e sistemática de agir, com o objetivo de identificar e resolver os problemas dos clientes com os quais o profissional interage. Segundo Aquino (2004) as vantagens da sua implementação visam facilitar a documentação dos dados; auxiliar o levantamento de problemas e elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática; elaborar uma linguagem comum que facilite a comunicação com a restante equipa e o desenvolvimento de meios de avaliação face aos cuidados prestados. Este é constituído por cinco etapas que permitem ao enfermeiro a prestação de cuidados individualizados, ajudando-o a dar respostas atempadas e conscientes às necessidades dos clientes.

Tendo em mente o processo de enfermagem e neste caso específico os pressupostos inerentes à teoria das relações interpessoais de Peplau e à abordagem centrada na pessoa de Rogers, julgo estar na posse de elementos importantes para enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria atuar de forma consciente, focal e terapêutica.

Considero por isso o caminho percorrido como um caminho de aprendizagem, para o qual contribuiu e considero uma mais-valia a reflexão

baseada na ação. Desta forma, pretendo continuar o percurso reflexivo, com o objetivo de evoluir como pessoa e profissional.

Quanto á continuação da dinamização de sessões de âmbito psicoterapêutico com recurso a estas técnicas considero interessante a partilha e mesmo a dinamização das sessões entre pares ou em equipa multidisciplinar para um maior enriquecimento profissional e pessoal.

2.3.2. Hospital Prisional

2.3.2.1. Descrição da situação

Segundo a lei orgânica dos serviços prisionais o estabelecimento prisional é definido como um local que se destina á detenção e execução das penas dos sujeitos a elas condenados e a medidas de segurança. Segundo Filipe (2000), existem três tipos de estabelecimentos prisionais: os centrais, os regionais e os especiais, nos quais se enquadra o hospital prisional, local onde este estágio foi realizado. Esta é uma unidade hospitalar do sistema prisional, cuja missão é prestar cuidados de saúde especializados á população reclusa de todos os estabelecimentos prisionais do Continente e Regiões Autónomas.

O local onde desenvolvi competências de Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria foi o serviço do referido hospital, com lotação de 32 camas, quatro das quais em regime de isolamento. Os diagnósticos mais frequentes dos clientes internados são hepatite B e C, Vírus da imunodeficiência adquirida, Sida, tuberculose, entre outros diagnósticos. Verifica-se contudo, que nalgumas situações os clientes apresentam comorbilidade para doença psiquiátrica, nomeadamente Perturbação Borderline da Personalidade, motivo pelo qual se optou por realizar o estágio neste local.

Do ponto de vista clinico a prestação de cuidados garante a mesma qualidade que os restantes hospitais. No entanto como serve uma população prisional, para além das grades nas janelas, verifica-se que o tempo e a qualidade do contacto com os clientes é mais restrita e condicionada pela

presença dos guardas prisionais, que fecham as enfermarias entre as 19h e as 7h.

Segundo Filipe (2000), o cuidar e a relação interpessoal, que se personifica na relação enfermeiro-recluso doente, surge como facilitadora da expressão de emoções, afetos e sentimentos, o que faz com que estes clientes se sintam reconhecidos como pessoas. No entanto para que isso aconteça é necessário o envolvimento dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que munidos de disponibilidade intelectual e afetiva conseguem compreender o apelo do cliente, intervindo em função da necessidade de ajuda expressa. Foi com base nestas premissas que a relação terapêutica emergiu junto de alguns destes clientes, apesar de todos os condicionalismos.

A descrição do primeiro dia em que me apresentei para iniciar este estágio remete para a parte dos sentimentos vivenciados, uma vez que considero difícil numa fase inicial separar razão de emoção. Contudo, esta consciência permite que o profissional consiga balizar o que isto significa na relação e agir terapêuticamente.

O primeiro impacto com esta realidade que me era desconhecida foi sentido como negativo e está espelhado no **Apêndice IV**, motivado sobretudo pelas condições físicas do hospital e dos próprios clientes. Contudo, este impacto dissipou-se nas primeiras intervenções realizadas, dando posteriormente lugar a reflexões pautadas por dificuldades de outra ordem, onde muitas vezes a proximidade e a envolvência ditada pela constância e profundidade dos encontros colocaram questões complexas, consideradas difíceis de gerir mas desafiantes, no que diz respeito à relação terapêutica individual.

Desenvolvi no entanto ao longo deste trajeto interrelacional competências terapêuticas, que apesar das vivências projetadas serem por vezes perturbadoras, tendi a balizar e a entender para não me deixar submergir, o que compromete o processo terapêutico.

Segundo Tavares (2009) o cuidar de enfermagem na prisão difere da realidade do cuidar extramuros, o que se repercute nas competências dos

enfermeiros que trabalham num estabelecimento prisional, havendo por isso a necessidade destes desenvolverem competências na área pessoal, forense, da formação e da reinserção social.

Neste contexto a necessidade premente foi o desenvolvimento de competências pessoais para o estabelecimento de uma relação terapêutica, que segundo este autor são a disponibilidade, a presença, a escuta ativa e a ausência de juízos de valor.

Embora estas premissas estivessem presentes, a relação estabelecida dentro deste contexto esteve envolta num sem número de questões refletidas no **Apêndice IV** e balizadas pelas fases da relação terapêutica de Peplau também descritas ao longo do trabalho e espelhadas no **Apêndice V**.

A intervenção de enfermagem com um carácter formal e terapêutico foi inicialmente estabelecida com três clientes, que foram sinalizados pela enfermeira orientadora por terem comorbilidade para a Perturbação da Personalidade Borderline e insight que possibilitava a construção de uma relação terapêutica. No entanto em virtude de um deles ter saído para o seu estabelecimento prisional, esta apenas foi concretizada com dois clientes.

A construção da relação terapêutica com o cliente X serviu de base à realização do **Estudo de Caso (Apêndice VI)** e as sessões de âmbito terapêutico realizadas com o cliente Y foram alvo de reflexão e análise sobre a prática e tudo o que a envolve e estão refletidas no **Apêndice VII**.

2.3.2.2. Pensamentos e sentimentos emergentes...

A realização do estágio no hospital prisional revestiu-se de um misto de sentimentos, uma vez que nunca tinha experienciado a realidade vivida neste contexto.

Conforme foi mencionado anteriormente, se numa fase inicial os sentimentos foram de algum desconforto, pelas condições não só do espaço físico mas também dos clientes, rapidamente este sentimento deu lugar á

tranquilidade ao perceber e sentir que esse desconforto era sobretudo vivenciado por mim.

Também os possíveis receios associados ao tipo de clientes, apesar de algumas vezes questionados pelas pessoas que me rodeavam, inclusivamente profissionais de saúde, nunca tiveram lugar, tendo sentido sempre confiança e à-vontade para estar na enfermaria.

Junto dos clientes com quem estabeleci uma relação terapêutica houveram momentos onde entre outros sentimentos, por vezes imperou a compaixão por todas as suas vivências, que acredito motivarem em grande parte a forma como conduziram a sua vida. Contudo este sentimento foi entendido e não foi impeditivo da reflexão conjunta sobre a possibilidade de se poderem traçar caminhos alternativos promotores de relações intra e interpessoais mais adaptativas.

Segundo Mandal (2013) os clientes com esta perturbação tendem a utilizar táticas de manipulação, bem como a sedução (Dal’Pizol, 2003) não só no dia-a-dia, mas também no contexto de um ambiente de suporte estruturado.

Ou seja, vários “fenómenos” podem estar presentes na interação, o que motivou as várias questões espelhadas nas reflexões realizadas. Contudo, e ciente dos mesmos este não foram vistos como impeditivos para a construção de relações terapêuticas genuínas. Ou seja, apesar dos diferentes tipos de sentimentos envolvidos na relação terapêutica motivados pelos fenómenos supracitados, estes devem ser identificados, entendidos e posteriormente, quando a relação de confiança estiver estabelecida, devolvidos ao cliente no sentido de este ter consciência de si, o que poderá culminar numa intervenção terapêutica geradora de mudança.

2.3.2.3. Análise da situação

Segundo Tavares (2009) “cuidar” na prisão é distinto da realidade extramuros, o que se repercute na necessidade dos profissionais que trabalham neste contexto desenvolverem competências específicas em

diferentes áreas, nomeadamente: pessoal, forense, da formação e da reinserção social.

Uma vez que a intervenção visava o desenvolvimento de uma relação terapêutica com os clientes com Perturbação Borderline da Personalidade era necessário sobretudo o desenvolvimento de competências na área pessoal onde a disponibilidade, a presença e a escuta isenta de juízos de valor segundo Tavares (2009) devem ser elementos chave. Estas também são as premissas de Rogers (1974) referidas anteriormente neste relatório.

As competências que fui aprimorando e sobre as quais fui refletindo ao longo deste percurso permitiram-me estabelecer relações terapêuticas que culminaram no estudo de caso realizado com um cliente e numa análise mais aprofundada e reflexiva sobre as intervenções terapêuticas realizadas com outro cliente.

A realização do **Estudo de Caso** revelou-se importante uma vez que possibilitou a análise holística da história de vida do cliente, o que por um lado lhe permitiu rememorar situações posteriormente alvo de reflexão, bem como me proporcionou o acesso a uma perspetiva mais alargada do cliente e da sua rede de suporte através da construção do respetivo genograma e ecomapa. De ressaltar a importância da teoria de enfermagem de Peplau (1990) subjacente à intervenção realizada, bem como a teoria relativamente à sua situação clínica, uma vez que ambas permitiram um conhecimento mais aprofundado para poder explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar conforme refere Gomez (1996), e que no fundo se traduz no objetivo geral do estudo de caso.

Sousa (2006) refere existirem nas prisões algumas limitações para a prestação dos cuidados de enfermagem, tais como as questões da segurança, a presença constante de guarda prisional, a perigosidade e as condições psicológicas tanto dos reclusos como dos enfermeiros que podem ser considerados fatores impeditivos para a construção da relação terapêutica a que me propus junto destes clientes. Apesar desta evidência, considero que na

interação com os clientes estas premissas não afetaram a relação terapêutica estabelecida.

2.3.2.4. Conclusão

Neste contexto a diferença sentida relativamente à teoria e sua aplicabilidade não foi tão evidente, uma vez que já havia experiência prévia sobretudo no que concerne à abordagem baseada nas premissas de Peplau e Rogers.

No entanto esta era uma realidade onde a intervenção seria realizada individualmente, o que acrescia um desafio e outras dificuldades. Consciente das mesmas e tendo em consideração as conversas prévias com ambos os orientadores, penso que foi importante num primeiro momento deixar fluir, sentir e analisar tudo o que estava envolvido nesta construção para posteriormente tentar delinear um percurso.

Nesse percurso constatei o quão importante é estar atenta à comunicação verbal e não-verbal do cliente, tentando perceber as emoções subjacentes, as distorções cognitivas manifestadas no discurso, as crenças, bem como os principais mecanismos de adaptação e de defesa, que vão sendo revelados ao longo da entrevista que neste caso foi delineada com base nas quatro fases do processo de relação interpessoal descritas por Peplau (1990). Só tendo como ponto de partida um conhecimento mais aprofundado do Outro, da sua individualidade, com os seus referenciais e história de vida é possível ir ao encontro do “modelo” que lhe poderá permitir fazer diferente.

Ciente destes princípios considero que a relação individual estabelecida ao longo das semanas foi um desafio, contudo balizado pela intervenção dos orientadores. Isso deveu-se à não-directividade da entrevista, deixando fluir apenas o que o cliente considerasse importante no aqui e agora, o que pode sempre conduzir para caminhos por vezes mais difíceis de percorrer. Contudo, ao longo das interações percebi que o cliente foi conseguindo refletir sobre os temas abordados, apesar da sensação que tinha de serem questões difíceis de gerir.

Desta forma e neste contexto, considero que foi mais fácil a intervenção com um objetivo específico, o **E**studo de **C**aso, pois este tinha um guia orientador, facilitador da intervenção.

Considero no entanto que ambas as experiências foram enriquecedoras, uma vez que me permitiram o confronto com os meus próprios receios, que só na ação e com supervisão tornam as intervenções mais conscientes, permitindo estruturar o pensamento, as emoções e ação sobretudo no que concerne às primeiras interações/intervenções realizadas, neste caso tendo como base a não-diretividade de Rogers (1980), contudo com a possibilidade de assumir os vários papéis descritos por Peplau (1990).

2.3.2.5. Planeamento das próximas intervenções/ ações/ comportamentos

À semelhança do que foi referido face ao anterior contexto de aprendizagem na ação, também neste contexto houve a possibilidade de intervir de forma regular com os clientes, neste caso experienciando os desafios inerentes a intervenções realizadas individualmente.

Consideradas desafiantes, contudo nem sempre possíveis, sobretudo no contexto onde atualmente desempenho funções, procurarei, á semelhança do que preconizo enquanto profissional, realizar intervenções terapêuticas individuais segundo as premissas de Rogers (1980).

Considero desta forma uma mais-valia a possibilidade de supervisão ou intervisão “de intervenções” junto dos pares, pois a partilha permite não só um enriquecimento mútuo, mas e acima de tudo o colocar de questões promotoras de reflexão para intervenções geradoras de possíveis mudanças no estar, no ser e no fazer enquanto pessoa e profissional.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório baseou-se no trabalho desenvolvido durante os estágios com vista á obtenção do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que visou a construção de uma relação terapêutica com clientes com Perturbação Borderline da Personalidade.

Apesar de descrito na literatura mas também enquanto enfermeira estou ciente da dificuldade que existe no “cuidar” de clientes com esta perturbação, motivo pelo qual se considerou importante dar inicio a este percurso de descoberta.

Ao longo deste trajeto percebeu-se no entanto que a **R**elação **T**erapêutica encerra em si uma descoberta genuína do profissional, uma vez que só dessa forma se poderá procurar um acesso genuíno ao **O**utro.

A relação terapêutica individual, comparativamente com a relação estabelecida com o grupo, tornou-se mais desafiante, porque mais próxima, no entanto ambas carecem de um **saber estar, saber ser e saber fazer**, promotor de um crescimento não só profissional, mas sobretudo pessoal não só possível no profissional, mas e acima de tudo tendo como objetivo o crescimento do Outro, alvo do cuidado.

Cuidar em enfermagem torna-se desta forma complexo, uma vez que é muito mais do que cuidar da componente física, dando primazia á complexidade do ser humano, que por ser único carece de ser aceite na sua unicidade, sendo que é a partir desta que se “atualiza” conforme referido por Rogers (1974).

Foi com base nas premissas deste autor, de Peplau (1990) e de Chalifour (2008) que se pautaram as intervenções, no entanto considera-se que o crescimento profissional adquirido se pautou pelas reflexões realizadas na ação.

Uma prática baseada na reflexão, que possa ser partilhada com vista ao crescimento pessoal e profissional, é uma prática cujo reflexo se traduz na

qualidade dos cuidados que se presta, com gratificação para ambos os intervenientes.

Foi com base na reflexão estruturada segundo o Ciclo de Gibbs (1988) que se desenvolveu todo o percurso, o que permitiu ao profissional um melhor entendimento de Si e do Outro nas diferentes situações, questionando-se sempre com o intuito de entender quem é, quais as suas fragilidades e potencialidades, fundamental para a construção de relações terapêuticas genuínas e que constam da unidade da competência F1.1 enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Todavia, considera-se igualmente importante ajudar estes clientes a pensarem reflexivamente sobre si próprios e sobre o mundo que os rodeia, com vista a poderem alterar de forma construtiva e adaptativa a sua personalidade.

Apesar de se considerar imprescindível o autoconhecimento, outras competências tem que ser adquiridas, nomeadamente conhecimentos técnicos e científicos para intervir junto destes clientes. Desta forma tornou-se importante toda a pesquisa realizada, bem como a aprendizagem com as equipas multidisciplinares dos locais de estágio, a realização do trabalho sobre a Gestão das Emoções, o Estudo de Caso e a intervenção individual de âmbito psicoterapêutico que se realizou.

Consideram-se todas estas possibilidades de desenvolvimento de competências relevantes, contudo destaca-se o trabalho sobre a Gestão de Emoções como muito interessante, pela possibilidade de criação, revisão de literatura e desenvolvimento de competências psicoterapêuticas e socioterapêuticas (Unidade de competência F4). As competências psicoterapêuticas foram adquiridas através das dinâmicas utilizadas com recurso aos mediadores artísticos; tais como a expressão plástica recorrendo ao recorte, colagem e desenho e às técnicas de expressão dramática, nomeadamente o **role-playing** e a **técnica do espelho**, dado todo o potencial de que estas técnicas se revestem.

De salientar que a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos permite a melhor compreensão dos problemas, possibilitando que o cliente desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou emergentes ao longo da vida (OE, 2011). Segundo Ferraz (2009) a utilização destas técnicas tem também como objetivos “a modificação de sintomas existentes, de sentimentos, bem como a modificação ou alteração do comportamento do sujeito, além de corrigir padrões disfuncionais de relações interpessoais, bem como promover o crescimento e o desenvolvimento da personalidade”.

Quanto á aquisição de competências socioterapêuticas, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) a socioterapia é definida como um processo baseado na relação interpessoal desenvolvida entre profissionais e o cliente, que é sempre o grupo, sendo o foco da intervenção centrada nas interações entre os diferentes elementos, possibilitando uma melhor compreensão dos problemas de interação vividos, para que o cliente desenvolva novas respostas para os problemas de vida identificados ou emergentes ao longo do ciclo vital.

Relativamente á realização do Estudo de Caso este permitiu alcançar algumas das competências de enfermeiro especialista, como é o caso da sistematização, análise de dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde (O.E, 2010).

Quanto á intervenção individual com vista á construção da relação terapêutica com clientes com o Diagnóstico Borderline de Perturbação, a utilização de técnicas psicoterapêuticas que aumentam o “insight” permitindo ao cliente elaborar novas razões para o problema, bem como a intervenção com vista à libertação de tensões emocionais para que o cliente possa vivenciar experiências satisfatórias, foram também competências adquiridas enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Com base no trabalho desenvolvido consideram-se alcançados os objetivos inicialmente traçados, nomeadamente o autoconhecimento, percebendo como o Ser e o Estar se reflete no Outro, para além do

desenvolvimento de competências psicoterapêuticas e socioterapêuticas, ambas promotoras de possíveis mudanças construtivas no cliente.

Uma vez que este percurso de aprendizagem se pautou em grande medida pela reflexão na ação, considera-se oportuno citar Pereira (2015) para quem “a reflexão é uma via de entrar em nós mesmos, enriquecendo-nos com aquilo que temos de bom e aquilo que podemos melhorar, pois a mecanização do pensamento empobrece o sentido da vida”.

Apesar dos contextos de trabalho contemplarem pouco tempo para a reflexão na ação, julgo que este poderia ser o caminho da excelência tão desejada por todos os que acreditam que é possível fazer diferente e melhor em enfermagem. Esta é por isso uma limitação que considero existir, que se fosse colmatada seria uma mais-valia no cuidar, uma vez que permitiria realizar planos terapêuticos individuais com ações concertadas; no que concerne especialmente aos clientes com esta perturbação, o que evitaria as clivagens muitas vezes nas equipas, com prejuízo para ambos os intervenientes.

Por outro lado a possibilidade de poder realizar intervenções terapêuticas com base nas técnicas utilizadas nos estágios também seria uma mais-valia para os clientes, e não menos importante para mim.

Desta forma se os clientes com esta perturbação forem vistos com potencial de recuperação a quem poderão ser proporcionadas intervenções especializadas e se a interação com estes adquirir um contorno pautado por mais tolerância, empatia e aceitação incondicional, poderemos prestar cuidados promotores do seu crescimento e desenvolvimento pessoal.

Apesar de todas as vivências e reflexões efetuadas, considera-se que o tempo de realização dos estágios apenas permitiu uma pequena incursão nestas dinâmicas de intervenção revestidas de grande potencial terapêutico. Contudo e conforme menciona o verso do poeta castelhano Antonio Machado “se hace camino al andar” “o caminho faz-se caminhando”. Logo as limitações a terem existido, não são mais do que anseios por querer acelerar um processo de descoberta que necessita de tempo para amadurecer.

Para finalizar e porque este foi apenas o início de um percurso numa área considerada interessante tanto a nível de autoconhecimento, como das técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas aprendidas, considera-se a possibilidade de reiniciar o processo psicoterapêutico de inspiração existencial-humanista, bem como a possibilidade de participar na dinamização de grupos de clientes com esta perturbação e/ou com comorbidade para outra patologia.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, nº 45, 53-57.
- Almeida, A. (2010). *O emocional nos desvios comportamentais*. Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Almeida, J.M.C. & Xavier, M. (2010). Estudo epidemiológico nacional da Saúde Mental: 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Aquino, D. R. (2004). *Construção e implantação de prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI*. Rio Grande, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.
- Araújo, A. C. & Neto, F. L. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais-DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*. Vol. 16, nº1, 67-82
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment of borderline personality disorder: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto.
- Bodner, E. et al. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *Biomed Central Psychiatry*. Israel
- Botelho, M. & Pereira, P. (2014) Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar enfermagem*. Vol.18 nº2, 2º semestre.
- Canavarro, M. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cavallari, M.L.R., Moscheta, M.S. (2007). Reflexões a respeito da identificação projetiva na grupoterapia psicanalítica. *Revista da SPAGESP*, 8 (1), 00. Recuperado em 29 de dezembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702007000100006&lng=pt&tlng=pt
- Centeno, M.J., Godinho, P., Fialho, T., Teixeira, A.L. & Neto, I. (2010). "A síndrome das portas abertas" - um diagnóstico a partir do grupo multifamiliar. *Vínculo*, 7 (2), 8-15. Recuperado em 07 de janeiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902010000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

- Cruz, Isabel (2011). *A mudança narrativa em terapia centrada no cliente*. Universidade do Minho. Tese de doutoramento.
- Dal’Pizol et al. (2003). Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do transtorno de personalidade Borderline: relato da experiência no ambulatório. Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria*, pp.42-51.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. 6ª Edição. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. 24ª Edição. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2013). *O sentimento de si: Corpo, emoção e consciência*. Lisboa: Temas e Debates.
- Duarte, R. (2012). *Uma aplicação do Hermeneutic Single - Case Efficacy Design num estudo de caso em terapia psicodramática*. ISPA. Mestrado em Psicologia Clínica.
- Eizirik C. L. & Kapczinski F. P. (2008). Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*, vol. 56, pp.174-81.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas* (1ª edição). Coleção Expressão em Terapia – volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel. Lisboa
- Filipe, M. (2000). *Cuidar na prisão. Um estudo fenomenológico*. Universidade Católica Portuguesa. Curso de Mestrado em Teologia e Ética da Saúde. Lisboa.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Tradução Maria Rita Secco Hofmeister. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching & Learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Círculo de Leitores. Lisboa.
- Goleman, D. (2005). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates
- Gomes, C. D. M. & Almeida, J. (2003). V CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA. Crimes, penas e reinserção social: Um olhar sobre o caso português. Coimbra.
- Gomez, G.R., Flores,J. & Jimènez, E. (1996). *Metodologia de la investigacion Cualitativa*. Malaga: Ediciones Aljibe.
- Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). *Intervir em grupos na saúde* (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hesbeen, W. (2013). *Dizer e escrever a prática do cuidar do quotidiano. À descoberta do sentido do cuidado de saúde*. Lusociência.

- Hess, U. (2001). The experience of emotion: Situational influences on the elicitation and experience of emotions. In A. Kaszniak (Ed.). *Emotions, Qualia, and Consciousness*. Singapore: World Scientific Publishing.
- Holmes, P. & Karp, M. (1991). *Psicodrama: inspiração e técnica*. São Paulo: Ágora.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2009). *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 9ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kernberg, O. et.al. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Lago, L. (2011). *Intervenções de enfermagem em pessoas com perturbação da personalidade*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação de mestrado. Lisboa.
- Lawn, S. & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol (25), 510-521.
- Lopes, M. J. (2005) Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Dissertação de doutoramento*. Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar.
- Mandal, E., & Kocur, D. (2013). Psychological masculinity, femininity and tactics of manipulation in patients with borderline personality. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* pp.45-53
- Manes, S. (2011). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos* (10 ed.). Lisboa: Paulus Editora.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of “borderline personality disorder”: Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*. Vol. 12,6, pp.595-612.
- Martins, D.C.S. (2012). *Arte-terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos*. Lisboa: Faculdade de Belas Artes. *Dissertação de mestrado em educação artística*.
- Moreno, J.L. (1993). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. 2ª ed. Campinas.
- Neto, I., & Centeno, M. J. (2001). *Os grupos na instituição - Porquê? Para quem? Quando? Como?* Zadar: Edições Zadar.
- Ordem dos enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa: Direção geral da saúde.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring: MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

- Peplau, H.E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Pereira, P. (2015). O amor na relação terapêutica em enfermagem: experiência vivida do enfermeiro de saúde mental. Universidade de Lisboa. *Tese de Doutoramento*. Lisboa
- Ponte, J.P. (1994). *O estudo de Caso na Investigação em Educação Matemática*. Quadrante. Lisboa
- Potter, P.A. e Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Ramalho, C.M.R. (2010). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. Aracaju. Iglu Editores.
- Rodrigues, V. A. & Gonçalves, L. (2009). *Patologia da personalidade – teoria, clínica e terapêutica* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rogers, C. R. (1974). *Terapia Centrada no Paciente*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2007). Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry* (Edgmont), 4(4), pp.40-46.
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2013). The difficult chronic pain patient: A case of borderline personality disorder. *Primary care reports*. Canadá
- Santos, C. (2004). Abordagem centrada na Pessoa. Relação terapêutica e processo de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*.
- Santos, C. S. V. (2009). Psicofisiologia das emoções básicas: Estudo empírico com toxicodependentes em tratamento. *Dissertação de mestrado*. Retirado do Repositório institucional da Universidade Fernando Pessoa: <http://hdl.handle.net/10284/1426>
- Santos, Z., Oliveira, V. & Pagliuca, L. (2004). Teoria de Peplau. Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. *Revista Rene*. Fortaleza, Volume 5, (julho/dezembro) nº2, p.110-117.
- Sillamy, N. (1999). *Dicionário temático Larousse - Psicologia*. Rio de Mouro: Circulo dos Leitores.
- Silva, C. (2011). Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito. *Dissertação de mestrado*, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silva, R.C.N., Marques, L.A.R.V., Neto, E.M.R., Thé, M.F.D.F., Ponte, E.D. & ALVES, R.S. (2014). Perfil epidemiológico da hepatite c e coinfeção com hiv nos últimos 10 anos. Vol.XI (4), pp.48-62 *Revista Eletrônica de Farmácia*, 2014.ISSN1808-0804. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/REF/article/view/29097>>. Acesso em: 23 jan. 2018. doi:<https://doi.org/10.5216/ref.v11i4.29097>

- Spadini, L.S. et al (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Revista de Enfermagem*: Abril 10 (1), pp.132-138.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. In (6 ed.). Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Swift, E. (2009). Borderline personality disorder: aetiology, presentation and therapeutic relationship. *Mental health practice*. Vol.(13)22-26.
- Tavares, J. (2009). A enfermagem no sistema prisional. Boletim Informativo da Secção Regional Norte da Ordem dos Enfermeiros, 5: 6.
- Woollaston, K. & Hixenbaugh, P. (2008). Destructive whirlwind: nurses perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. (15) 703-709.
- Zimerman, D. (2001). *Vocabulário Contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICES

Apêndice I

Manual da relação “terapêutica”

Tudo o que temos cá dentro

A importância do reconhecimento

MANUAL DA RELAÇÃO “TERAPÊUTICA”

Descrição da situação / O que pensei e senti ...

No dia 28 de setembro 2016...

Hoje estou pouco disponível. Ontem também foi difícil.

Hoje a tosse intensa da minha filha começou mais cedo. Ainda não eram 5h da manhã. Agora já são 6 e está tudo mais calmo. Menos eu. Sinto-me cansada.

Vou telefonar para o local de estágio a dizer que hoje não posso ir.

NÃO! NUNCA O FIZ! Eu vou ser capaz. Amanhã vai ser melhor.

Agora que já falta pouco tempo para atingir o objetivo de terminar a especialidade. NÃO VOU DESISTIR!

Este foi o pensamento que me animou desde o início, embora em vários momentos DESISTIR me parecesse a única hipótese. Contudo, sempre a tentei excluir.

Por vezes senti e sinto RAIVA. MUITA RAIVA.

Eu também tenho filhos...Eu também fiz...Eu sei o que isso é...

É verdade! Eu também tenho outra filha e também já fiz muita coisa e posso fazer muitas mais.

Mas agora está a ser diferente e muito difícil...

São várias as razões: Indisponibilidade dos outros, rejeição, não-aceitação, preconceitos, receios, expectativas, doenças frequentes (felizmente sem gravidade) e muitas exigências.

Sabia que não ia ser fácil. Sabia que as várias solicitações a que me propus iriam exigir de mim (e dos outros) um grande esforço. Mas desconhecia

que iam exigir o confronto com as minhas fragilidades com as quais nem sempre estou a conseguir conviver harmoniosamente.

Conciliar as exigências escolares com a presença constante de uma criança feliz que quer brincar, correr, saltar, nadar, passear, para além do emprego, casa, roupa, comida é difícil. MUITO DIFÍCIL.

E as crianças não têm um interruptor para desligar...

Ainda bem... pois se este botão existisse a minha filha tinha estado desligada muitas vezes desde que iniciei este percurso.

Foi e está a ser um caminho muito tortuoso (mas não voltava atrás).

Ainda hoje a minha filha se lembra de eu ter irrompido num choro compulsivo por não conseguir fazer os trabalhos que me eram solicitados. Mas não a podia desligar...

Não queria nem podia ser uma “má mãe”, mas acho que talvez o tenha sido algumas vezes.

E onde estive a compreensão empática por parte dos colegas, professores. Enfim, sobretudo por quem é conhecedor deste conceito.

Não queria pena. NÃO! Acho que nem compaixão. Ou será que sim?

Se calhar só queria ser ouvida empaticamente.

Será que a experiência de ser mãe e pai é igual para todos?

Têm todos a mesma rede de suporte, o mesmo apoio, a mesma disponibilidade emocional e presencial para estar com as crianças. E as pessoas solteiras, as que têm muitos filhos, as que têm dificuldades económicas, as que têm filhos doentes entre tantas outras situações geradoras de dificuldades e desamparo.

Estarão todas na mesma situação?

No entanto não deixam de ser todos pais.

Deverá haver uma receita única para todas estas situações?

No início desta reflexão achei que todas as receitas devem ser diferentes pois as pessoas e seus contextos são diferentes. No entanto e depois de algumas leituras penso que a receita deve ter os mesmos ingredientes para todas as pessoas, no entanto o resultado final da mesma vai variar de acordo com a unicidade de cada ser humano com o qual se interage. E a cada encontro deixamos um pouco de nós e levamos um pouco do outro, o que se torna enriquecedor.

Analizando a situação...

Ser empático não significa ser simpático, uma vez que a simpatia remete-nos para os nossos próprios sentimentos e vivências fazendo com que muitas vezes acabem por dominar o discurso. Desta forma perde-se a vivência do outro, ficando as suas angústias mais exacerbadas uma vez que não foram escutadas, o que em primeira instância pode ser catártico.

Foi o que senti ao partilhar as minhas dificuldades, dando por mim a ter que ouvir o que tinham sido as dificuldades dos outros.

A tomada de consciência desta realidade permite-me perceber a forma como também por vezes tendo a agir. Será que a raiva que sinto é por não conseguir expressar aos outros o que estou a sentir no momento? Será que como profissional não tenho julgado e tentado encontrar soluções para o outro á luz da minha realidade? O que dizem estes sentimentos e esta tomada de consciência sobre mim? Será que este percurso me está a levar para um processo mais introspetivo e por isso mais doloroso? Menos tolerante?

E aquilo que espero dos outros. Serão as minhas expetativas demasiado elevadas? Será que penso que os outros não estando no mesmo patamar reflexivo que penso estar estão dispostos a crises existenciais, a reflexões, a pensamentos obsessivos e ruminantes dos quais por vezes tenho dificuldade em me libertar.

Esta tomada de consciência de mim e o confronto com as palavras que vou escrevendo permitem-me pensar, sentir e agir de forma diferente? Mais

conscienciosa? Mais reflexiva e dessa forma menos impulsiva? Menos egocêntrica?

Será que sou egocêntrica?

À luz do que escrevo talvez um pouco, mas penso não ser em demasia e não quero ser em demasia.

Porque será que me posso incompatibilizar com toda a gente e faço questão de o dizer, menos com os clientes, com os que sofrem? Porque estou sempre do seu lado com um olhar positivo incondicional?

Será por considerá-los frágeis? Será pela sua incapacidade de confrontação?

Não gostarei de ser colocada em causa?

Provavelmente não. A não ser que as explicações posteriores possam ser construtivas e me permitam crescer nas várias dimensões como ser humano, sendo isso que procuro na relação comigo e com os outros, ambas nem sempre fáceis.

Na tentativa de encontrar respostas para estas dificuldades a abordagem centrada no paciente de Rogers contém princípios importantes que constituem uma mais-valia na relação com o outro.

Rogers (1974) acredita na capacidade de cada pessoa resolver os seus próprios problemas e desta forma alcançar o seu crescimento pessoal, o que para ele significa a atualização do self, uma vez que todos os seres humanos têm uma motivação intrínseca para evoluir.

Para Rogers um indivíduo bem adaptado possui uma estrutura do self que lhe permite compreender as experiências sem se sentir ameaçado. Quando este rejeita as experiências por considerar que são incompatíveis com a própria conceção de self pode recorrer à terapia com o objetivo de promover a atualização do self. Segundo Rogers (2009) quer se chame a isto “uma tendência ao crescimento, uma propensão rumo à auto-atualização (...) é, em última análise, a tendência de que toda a psicoterapia depende.” (p. 59)

Nesta abordagem a pessoa é o centro, cabendo-lhe desta forma o controlo e direção do processo terapêutico, o que lhe incute grande responsabilidade. Desta forma o terapeuta não deve ser entendido como o detentor de soluções, mas como uma pessoa que se preocupa com o paciente, acreditando que este consegue estabelecer os seus próprios objetivos e encontrar as suas próprias respostas.

Do terapeuta espera-se uma aceitação positiva incondicional, congruência e compreensão empática do quadro interno de referência do paciente, o que vai promover a consciencialização e integração das suas experiências, tornando-se estas menos ameaçadoras para o self.

O terapeuta deve promover experiências ao paciente no aqui e no agora, criando oportunidades para que este tome conhecimento dos seus verdadeiros sentimentos, que sendo valorizados e devolvidos para que possam ser entendidos, cria as condições necessárias para dissolver os obstáculos que impedem a livre expressão do potencial construtivo em direção ao crescimento, mudança e desenvolvimento pessoal.

Esta reflexão para além de catártica foi apaziguadora, pois o entendimento e elaboração de algumas emoções e sentimentos permitiu-me perceber a origem de algum mal-estar e contra atitudes, que uma vez identificadas tornam-se mais fáceis de gerir.

Concluindo...

O facto de considerar que a situação de tensão que estava a viver não estava a ser entendida de forma empática pelos outros fez surgir um sentimento de raiva e zanga, que uma vez elaborado através desta reflexão me permitiu entender um pouco a sua origem e o que estes sentimentos e emoções me queriam transmitir.

Ter tido acesso a todo este material inconsciente foi importante para o autoconhecimento, uma vez que apenas este é promotor de relações terapêuticas genuínas.

Planeando a ação....

A análise que faço da reflexão acerca da emergência destes sentimentos e emoções, bem como de algumas leituras efetuadas, fez com que pense ser importante estar na relação com o outro tendo por base as premissas da relação de ajuda enumeradas por Rogers.

A relação com o outro só faz sentido quando o conseguimos ajudar justamente naquilo que é importante para ele, logo temos que o ajudar a descobrir “nele” a forma como quer ser ajudado, ou inicialmente apenas acolhido e ouvido empaticamente.

Isto carece que o terapeuta tenha consciência de si na relação para não devolver ao cliente as suas próprias soluções.

A tomada de *consciência de mim* é um processo em construção, no entanto penso estar no caminho do desenvolvimento pessoal e profissional, que se traduz na construção de relações terapêuticas onde o cliente é entendido sem julgamentos nem contra atitudes, permitindo-lhe assim a auto-atualização, com vista á conquista dos seus próprios objetivos.

Referências bibliográficas

Rogers, C. R. (1974). *Terapia Centrada no Paciente*. Lisboa: Moraes Editores.

Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

TUDO O QUE TEMOS CÁ DENTRO

Descrição da situação

No dia 4 de outubro de 2016 pelas 10.30 horas fui assistir á primeira entrevista de uma candidata a ingressar o Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria.

Mulher de 35 anos, idade aparente superior á idade real, estatura média, cabelo curto, roupa apropriada á estação, embora com características pouco femininas que eram denotadas também a nível da sua postura corporal.

Apresentava um fácies triste mas falou tranquilamente sobre a sua vida. No entanto o seu discurso era pautado por amargura, desesperança e poucas expetativas face á possibilidade de mudanças positivas na sua vida. Contudo não queria desistir ... embora uma vez já tivesse tentado o suicídio.

Da história de vida que partilhou com os técnicos emergiram aspetos negativos vivenciados na infância e adolescência, que foram sentidos como desorganizadores, traumatizantes, bloqueadores do pensamento e da ação. Ou seja, traduziram-se em disfunção não só do ponto de vista emocional, mas também do ponto de vista físico, uma vez que tem o diagnóstico de fibromialgia, que a impossibilita muitas vezes de se levantar da cama onde permanece durante quase todo o dia.

Chegou a uma situação em que se sente muito isolada, contudo a sua fragilidade física faz com que necessite de ajuda. Esta é proporcionada pelos pais, de quem preferia estar separada, mas dada a sua condição tal não é possível.

Tem uma irmã mais velha, casada e com dois filhos, de quem refere estar emocionalmente afastada. Conta que esta não vivenciou as situações da mesma forma, pelo que organizou a sua vida de forma aparentemente mais funcional. Os sobrinhos pelos quais refere nutrir grande afeto; que é recíproco; gostam de ir para a sua casa, no entanto os sintomas da fibromialgia e o seu

estado depressivo impedem-na de estar disponível física e emocionalmente, o que lhe causa grande desgosto.

No seu discurso denotam-se fragilidades, nomeadamente a nível das relações interpessoais, relações de afeto, dificuldades cognitivas e motoras.

A nível relacional refere ter tido há bastante tempo relações fugazes com rapazes mas sem envolvimento de cariz sexual. A última relação afetiva foi com outra jovem e durou cerca de três anos. Referiu sentir-se mal sempre que o dia terminava, uma vez que a noite sempre a assustou pela possibilidade da existência de um tipo de intimidade que não conseguia ter, o que lhe causava grande angústia e desconforto. Como esta situação era sentida cada dia de forma mais angustiante acabou por terminar esse relacionamento.

Verbalizou que foi vítima de abuso sexual por um rapaz de 19 anos, quando tinha 15 anos. Contudo esta situação não foi explorada pelos técnicos, bem como a relação disfuncional com o pai marcada pelo alcoolismo, traduzida muitas vezes em maus tratos verbais e tentativas de aproximação, sentidas como repugnantes, presentes no seu discurso e na sua forma como refere viver as relações amorosas.

Já trabalhou em Portugal, mas nos últimos anos esteve a trabalhar em Espanha, de onde está reformada por incapacidade. Tem história de mudanças frequentes de local de trabalho, não só porque a determinada altura os considerava desinteressantes, mas também porque tentava procurar locais que a fizessem sentir recompensada monetariamente.

Há cerca de um ano iniciou um processo psicoterapêutico semanal, que sente como uma mais-valia para enfrentar algumas dificuldades, nomeadamente a gestão da ansiedade. Conta que há algum tempo atrás seria impossível estar a falar tranquilamente em frente aos três profissionais que estavam no gabinete. Desde a adolescência que recorre á urgência dos hospitais por ataques de pânico (agora menos frequentes) embora na altura desconhecesse o que se passava consigo.

A entrevista que durou cerca de uma hora foi ocupada maioritariamente pelo seu discurso, onde predominaram os seus sentimentos e emoções.

A entrevista semidirectiva realizada pela psicóloga visou apenas encadear o curso do pensamento, com o objetivo de identificar o problema, bem como acolher e conter emocionalmente a jovem. Posteriormente sugeriram-se recursos na comunidade para que esta se possa sentir mais acompanhada, uma vez que ainda não era possível integrar o grupo do hospital de dia.

O que pensei e senti durante esta hora...

No decorrer da entrevista fui tendo vários pensamentos, no entanto dei comigo muitas vezes alheada, a olhar pela janela absorta nas minhas próprias vivências e memórias.

Senti tristeza, compaixão, sensação de fragilidade e impotência, um nó na garganta, vontade de sair a chorar.

Porque será que praticamente não falou da mãe? Porque se sente emocionalmente afastada da irmã? Como conseguiu viver três anos uma relação afetiva com medo de uma aproximação física, sentida com temor? Porque sente esta repugnância pelo pai? Porque refere ter sido “abusada” por um rapaz um pouco mais velho que ela?

Estes foram alguns dos pensamentos que me foram ocorrendo ao longo da entrevista, que no entanto não foram explorados, o que dificulta a análise da situação.

À medida que a entrevista se aproximou do fim os sentimentos iniciais deram lugar à tranquilidade, sentimento de estar menos “associada” emocionalmente, logo mais “dissociada” da situação, por isso aparentemente com mais capacidade de raciocínio, de interação, promotoras do desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Analisando a situação...

Tudo o que temos cá dentro é fruto das nossas vivências e acompanha-nos desde a infância, sendo esta por excelência a fase da vida que nos marca como pessoas, que nos faz recuar ou avançar, que nos faz confiar ou desconfiar, que nos faz sonhar ou ter pesadelos... O confronto com a infância reativa um sem número de memórias prevalecendo quase sempre as situações que de alguma forma nos marcaram negativamente e fizeram sofrer.

Durante o estágio e nos vários contextos de aprendizagem/relação interpessoal algumas memórias da infância foram reativadas. Cumulativamente com todas as situações que abracei nos últimos tempos a fragilidade e labilidade emocional emergiram.

A falta de controlo emocional emergente deixou-me perplexa, uma vez que nem sempre os locais e momentos foram os mais oportunos para deixar as emoções fluírem...

Tudo o que temos cá dentro, faz de nós aquilo que somos e devemos acolher todos os sentimentos e emoções como importantes para o nosso crescimento emocional, cientes de cada um deles significa e o que diz sobre nós.

No entanto PASSADO significa PASSADO, logo é importante valorizar e reter o que de bom e menos bom ele conteve, aceitar e perdoar as situações sentidas como perturbadoras para poder avançar para o PRESENTE como se de um “PRESENTE” se tratasse, e viver aquilo que ele comporta com a sabedoria de quem consegue reescrever a sua história de acordo com as suas escolhas, oportunidades, opções, objetivos e desejos.

Quando elaboro algumas questões com base no discurso da cliente, de alguma forma estou a projetar as minhas dificuldades e questões tendo em consideração uma história que não é a minha, mas que em determinados pontos posso encontrar pontos em comum. Desta forma, o alheamento, a revisitação do passado, a associação com os seus sentimentos...

O que faz com que nesta altura da minha vida seja tão crítica em relação a vivências até então sentidas como pouco funcionais, mas toleráveis? Porque não faço apenas diferente respeitando que cada um tem o direito a viver a vida de acordo com as suas escolhas? Porque sinto dificuldade em falar sobre as minhas dores, como dores do peso que carrego, porque a insatisfação que vejo e sinto nos outros se traduz em infelicidade para mim? Será que sinto que por considerar estar noutra patamar de reflexão os outros não conseguem entender, aceitar e falar abertamente sobre o que ficou para trás, numa perspectiva de amadurecimento? O que ganho com isso se falar? Porque considero que o que eu sinto, penso e a forma como atuo é melhor que a forma de sentir, pensar e agir dos outros? Será que cada um não tem direito a escolher o que é melhor para si, mesmo que eu não concorde com isso?

De fato e não só porque é uma das competências do enfermeiro especialista a tomada de consciência de si, mas porque têm emergido muitas emoções e sentimentos ao longo deste percurso, há que refletir no impacto que têm em mim e como se refletem na relação com os outros, uma vez que se pretende intervir ao nível da relação terapêutica.

As questões que vou colocando, que tendo a responder sozinha ou através da partilha com os orientadores, bem como os momentos nos quais coloco no papel os pensamentos, sentimentos, ações e reações, permitem-me ter consciência da importância das diferentes situações e as diferentes formas como estas podem ser entendidas.

A prática reflexiva tem-me permitido fazer uma análise, onde identifico que a tendência parece ser a de apreender as situações que me causam alguma angústia sempre sob o mesmo prisma, o que se reflete e condiciona os pensamentos, sentimentos e atitudes. De alguma forma acaba por ser este o registo que muitas vezes os clientes transportam, cabendo ao profissional “desmontar” esta rigidez de forma a permitir outra abordagem das situações. Contudo, isto só é possível se o mesmo tiver consciência de si e do outro, na relação terapêutica.

Uma vez que as perguntas que elaborei face á situação narrada pela cliente não foram respondidas, em virtude de poderem ser exploradas noutros momentos posteriores, posso pensar que a cliente está muito magoada e zangada com tudo o que viveu na sua infância, com a mãe que sempre aceitou o comportamento de dependência do pai, o que fez com que a vivência fosse pautada por ambiente pouco contentor, onde cada um foi encontrando os seus mecanismos de defesa para viver esta situação. Esta vivência pode fazer com que a cliente projete nos homens alguma agressividade e repugnância, motivo pelo qual não consegue estabelecer relações afetuosas com estes. Contudo, embora tente encontrar nas mulheres algum tipo de prazer de cariz afetivo e sexual, também este lhe é vedado, uma vez que possivelmente vive estas relações com o sentimento de culpa e ambivalência, peso que carrega a nível físico com queixas álgicas e cansaço e a nível psíquico com tristeza, isolamento, desesperança e até ideias de morte.

Segundo Canavarro (1999), a qualidade das relações afetivas estabelecidas precocemente com as figuras de vinculação contribuem significativamente para o individuo desenvolver ou não sintomas psicopatológicos. Assim, sujeitos que tiveram na infância relações emocionais com os pais, sentidas como saudáveis e atualmente relações seguras de vinculação com os pares, estão menos vulneráveis para o desenvolvimento de psicopatologia. Pelo contrário, sujeitos que apresentam dificuldades nas relações com os seus pares e na infância foram alvo de práticas de rejeição e/ou superproteção estão mais vulneráveis para o desenvolvimento de psicopatologia.

De referir que segundo o mesmo autor a qualidade do vínculo na infância encontra-se associada ao bem-estar psicológico do individuo, uma vez que o suporte emocional dado pelos progenitores na infância e adolescência constitui um fator de proteção para o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta.

Desta forma, os adultos com um padrão de *vinculação segura* consideram fácil a aproximação aos outros, assim como a dependência que

possam ter destes, não estando preocupados com o fato dos outros se poderem aproximar demasiado de si.

No caso da vinculação se ter pautado pelo estilo *inseguro-evitante* verifica-se que os sujeitos se sentem desconfortáveis com a proximidade aos outros, tendo dificuldade em confiar e depender deles. Desta forma ficam nervosos com a aproximação, sentindo-se pouco confortáveis com a intimidade que os parceiros desejam estabelecer.

Para finalizar existe um padrão de vinculação denominado *seguro ansioso* caracterizado pelo fato do sujeitos sentirem que gostariam de estar mais próximos dos outros do que os outros querem estar deles, o que faz com que muitas vezes os outros se afastem. Desta forma estão preocupados com o fato de poderem ser abandonados e com a possibilidade dos parceiros não gostarem deles, dada esta insegurança que os caracteriza.

Neste caso é possível que a relação de vinculação estabelecida pela cliente na infância se tenha pautado por um estilo inseguro-evitante, o que está de acordo com algumas das características descritas e sentidas pela mesma.

Concluindo / Planeando a ação....

O papel que desempenhei nesta entrevista de avaliação inicial foi de observadora. Desta forma, julgo ter sido importante o tipo de entrevista semidiretiva, uma vez que permitiu á cliente a expressão dos sentimentos e emoções, muitas vezes de forma espontânea, que segundo a mesma se revelou como uma conquista, dado o seu padrão cada vez mais encapsulado de pensar, sentir e agir.

Julgo por isso que numa situação idêntica é importante fazer apenas uma ventilação de emoções, deixando que estas fluam sem interrupções e condicionamentos.

Contudo, é importante reter algumas informações e sentimentos associados ao que o cliente nos trás na sua comunicação verbal e não-verbal para que possam ser devolvidos e interpretados posteriormente, á luz das suas

vivências, no sentido deste tomar consciência, para poder mentalizar, elaborar e posteriormente pensar, sentir e agir de forma diferente. Devemos no entanto estar cientes de que este é um processo moroso e que por isso deve ser conduzido ao ritmo da pessoa.

De reforçar o papel da autoanálise por parte dos profissionais que trabalham no contexto das relações interpessoais.

Só desta forma é possível por vezes “um afastamento” promotor de uma relação terapêutica efetiva.

RReferências bibliográficas

Canavarro, M. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

A importância do reconhecimento

Descrição da situação

No dia 23 de Novembro, quarta-feira, realizou-se como habitualmente a sessão de grupo terapêutico. Nesta sessão estão presentes os clientes, as duas psicólogas, sendo uma delas grupanalista que é quem geralmente conduz a sessão, a médica responsável pelo hospital de dia, os psiquiatras em formação na especialidade, as duas enfermeiras do serviço, a enfermeira estagiária na especialidade de saúde mental e psiquiatria e restantes estagiários de outras áreas.

A riqueza deste espaço terapêutico assenta na partilha de experiências e vivências trazidas pelos clientes, que refletem situações preocupantes ou angustiantes ou são fonte de alegria e bem-estar.

As psicólogas tentam que grande parte dos clientes tenham um papel ativo nesta partilha, sendo o seu contributo uma mais-valia, pois reflete as dificuldades do próprio e do outro; no sentido de apelar á reflexão de ambos; com o objetivo de introduzir formas alternativas de pensar sobre as questões abordadas.

São várias as temáticas trazidas pelo grupo, desde relações interpessoais disfuncionais em vários contextos, dificuldades relacionadas com algumas (in)competências sociais, dificuldade a nível da gestão emocional, conflitualidade familiar, rivalidade fraterna, competitividade com os técnicos e entre os próprios clientes, que muitas vezes sobressaem na mesma sessão.

Contudo, nesta sessão o tema que senti como dominante prendeu-se com a falta de reconhecimento profissional e pessoal e o quanto isto afetou e afeta a maioria dos clientes do grupo, uma vez que quase todos reportaram este aspeto, através do relato de vivências experienciadas no seio familiar e em contexto laboral.

O discurso foi homogéneo e a manifestação deste sentimento traduziu-se na possível zanga ou tristeza pela falta de reconhecimento quer pessoal

quer profissional não só por parte das entidades empregadoras, colegas de trabalho, mas também a falta de reconhecimento no seio da família. A este respeito um cliente verbalizou o desejo de pelo menos haver um (sic) “OBRIGADO”

O que pensei e senti durante esta hora e meia...

Que curiosa foi esta sessão... terei eu feito transferência de sentimentos e pensamentos? Não... Nem falamos sobre este assunto...

Contudo, no dia anterior e sem motivo aparente dei por mim a sentir e a expressar (não aos clientes) o quanto o reconhecimento profissional e pessoal faz bem ao ser humano (e não só!) e que em determinadas alturas me tinha sabido bem um “Obrigada”.

Ao partilhar este sentimento a enfermeira orientadora referiu que embora não exista evidência científica, existe um fenómeno grupal inicialmente inconsciente onde o que é vivido e sentido muitas vezes pelos profissionais, mesmo que não seja traduzido em palavras acaba por passar para o grupo, que posteriormente acaba por torná-lo consciente “como algo seu”.

Não tinha tido consciência que a falta de reconhecimento podia despoletar em mim os sentimentos de zanga e tristeza que me assolaram nesta altura, uma vez que a “motivação interna” que julgo possuir para alcançar os objetivos a que me proponho não necessitam da aprovação dos outros. Logo, para mim a importância revestia-se do facto de me propor a alcançar determinado objetivo e conseguir.

Mas, isso são provavelmente desculpas...

A verdade é que este tema reativou estes sentimentos, pois e especialmente no local de trabalho onde considero investir pessoalmente, porque gosto do que faço, nem sempre houve uma palavra de apreço. Não é que este não existisse (penso eu)! mas a cultura do elogio, do positivo, da estima e consideração pelo outro não é genética, por isso certamente a dificuldade em verbalizá-la. E essa estima sabe tão bem.... Faz tão bem...

Porque será que existem tantas doenças psiquiátricas, sobretudo depressões?

Será que se as pessoas fossem mais estimadas, amadas, valorizadas e percebidas como seres únicos não seriam mais felizes, equilibradas e sem algumas destas doenças?

Será que o amor incondicional não ajuda a vencer as barreiras, até mesmo as ditadas pelos genes e marcadores neuroquímicos?

Porque me senti tão zangada, fragilizada?

Estarei eu tão exausta que todos estes temas me fazem sentir mais vulnerável? Ou será que estes temas reativaram em mim a abertura de gavetas que aparentemente fechadas, talvez por estarem “mal arrumadas” se abriram para que eu possa olhar para elas com outros olhos, mais reflexivos, introspectivos, mas nem por isso mais apaziguadores?

Será que me senti e sinto estimada e ouvida por todos aqueles que fazem parte do meu pequeno mundo? Será que apesar de considerar que por vezes o façam gostava que o fizessem de outro modo? E qual seria?

Será que bastava uma conversa aberta sobre o que sinto, penso, as diferenças entre as pessoas e o direito à diferença, sem que as ideias de uns prevalecessem sobre as outras, mas que todas são importantes e nos constituem como pessoas singulares? Será que o conseguiam? Será que também eu sou capaz de o fazer?

Será que para os clientes estas serão questões importantes que gostariam de ver respondidas, ou pelo menos estes temas abordados? Não serão estas premissas comuns a todos nós?

Analisando a situação...

Que sentido posso eu tirar desta situação?

Porque será que este tema foi o que mais impacto teve em mim de todos os que possivelmente foram abordados nesta sessão?

Será que o grupo projetou em mim a sua zanga e tristeza face á falta de reconhecimento, ou será que o grupo despertou em mim zanga e tristeza por também eu considerar que o reconhecimento pela dedicação, gosto e envolvimento profissional é praticamente inexistente na maioria dos locais de trabalho ou no grupo de pares, na família e até muitas vezes no grupo de amigos.

O conceito de identificação projetiva, ou seja o processo através do qual os sentimentos do Eu (cliente) são projetados no Outro (analista- neste caso em mim) criando um modo de ser, entendido como “se fizesse parte do outro”, foi um conceito criado por Melanie Klein entendido como um mecanismo de defesa primitivo que possuía sobretudo um significado predominantemente negativo.

Contudo, a identificação projetiva pode ser entendida segundo Bion, Segal, Rosenfeld e Odgen citado por Cavallari (2007) como uma forma de comunicação promotora de mudanças psicológicas, pois favorece a empatia. No entanto se utilizado excessivamente leva á falta de nitidez nas fronteiras que delimitam o Eu do Outro e á perda de identidade. Desta forma, segundo Zimerman citado pelos autores supracitados é importante que o analista consiga manter-se permeável e capaz de receber e compreender as projeções dos clientes sem que no entanto se deixe submergir por elas.

Uma vez que o trabalho da identificação projetiva ocorre no seio do grupo, verifica-se que os elementos que o compõem desenvolvem também a capacidade de reconhecer os sentimentos contratransferenciais que os outros lhes despertam, bem como os que ele desperta nos outros. Este processo é importante uma vez que ajuda a discriminar o que é seu e o que é dos outros, assim como favorece o amadurecimento da pessoa ajudando-a a reconhecer, ainda que por vezes de forma dolorosa, aquilo que ela despoleta e passa para os outros.

Embora não estivesse no papel de grupanalista, mas estando presente e dado que este contexto é por excelência um “espaço” de comunicações afetivas, espera-se que os profissionais tenham a capacidade de transformar

emoções em pensamentos, o que pressupõe que tal como uma mãe, estes recebam dos clientes as emoções que eles não suportam e que aos poucos as devolvam de maneira organizada com vista á sua integração. Isto pressupõe a importância de ser analisada a transferência e contratransferência, com vista a que não sejam repetidos modelos de interação dominados por forças inconscientes não analisadas. Para que isso não aconteça os profissionais devem ser acompanhados em análise pessoal e supervisão de forma a conseguirem manter a distância necessária. Devem também possuir um amadurecimento pessoal e profissional de forma a gerirem adequada e terapeuticamente as emoções que o grupo lhe desperta.

Freud citado por Cavallari (2007) refere que aquele que pretende cuidar dos outros deve dedicar-se a cuidar intensivamente de si mesmo, pois só consegue ajudar o outro se conseguir ultrapassar os seus próprios complexos e resistências internas.

A análise que faço dos sentimentos que o grupo despertou em mim, nos vários contextos, faz-me crer que as fragilidades com que me tenho deparado em termos emocionais ao longo do estágio se devem á reativação de emoções e sentimentos não analisados e por isso não mentalizados, que emergem sem que deles tenha consciência, numa primeira fase, mas que no fundo podem impedir um papel terapêutico eficaz no cuidado ao “Outro”.

De referir que a análise que procuro fazer de forma aprofundada, embora me coloque numa posição de fragilidade e exposição, não tem como finalidade uma psicoterapia individual, mas uma consciencialização de quem sou, sobretudo como profissional, que procura realizar intervenções de carácter terapêutico, ciente de que todas as temáticas podem e devem ser abordadas, sem necessidade de me escudar nas dificuldades, uma vez que foram previamente pensadas e refletidas.

Concluindo

Durante o tempo que decorreu a sessão e os sentimentos vivenciados pelos clientes iam ao encontro dos sentimentos de tristeza, zanga e frustração

que eu própria tinha experienciado no dia anterior, não foi fácil estar na sessão como mera espetadora. A vontade era de também eu poder partilhar o quanto penso ser importante tal reconhecimento...

Contudo, há luz do modelo psicanalítico e após conversar com a enfermeira orientadora surgem as questões: Será que a projeção no trabalho tem a ver com algo que faltou na infância? Deverá a entidade patronal ser vista como detentora do papel parental, da qual se deve esperar o reconhecimento?

É possível que todos sintamos de uma forma ou de outra esta falta de reconhecimento. Contudo, porque será que estes sentimentos foram evidenciados “no aqui e agora” desta forma?

Pensar sobre estas questões e realizar esta reflexão com base nestes pressupostos, embora conscientemente não me dê respostas óbvias, levantam possivelmente algumas “pontas do véu” para futuramente poderem ser trabalhadas em contexto de análise.

Acredito contudo que a consciência de si é a competência fundamental para a construção da relação terapêutica, devendo estar presente em todos os momentos, sendo inclusivamente a base para que as outras competências do enfermeiro especialista sobretudo de saúde mental e psiquiatria se operacionalizem eficazmente, em prol de cuidados individualizados de excelência.

Planeando a ação....

Apesar de alguma dificuldade em controlar as emoções despoletadas na sessão, a sua identificação e nomeação permitem-me o “autoconhecimento na situação”, possibilitando-me pensar e agir de forma mais consciente, o que não implica necessariamente ausência de zanga e tristeza.

O fato de ter refletido sobre este assunto permite-me perceber que embora transversal ao mundo laboral e familiar, importa perceber quem somos, de onde vimos e de forma consciente e refletida para onde queremos caminhar pessoal e profissionalmente.

Conforme referido anteriormente esse é um trabalho que não é possível fazer de forma solitária, pelo que é importante a análise e supervisão com vista á construção de uma relação terapêutica eficaz.

Estes momentos de reflexão embora necessários, na prática diária geralmente não são realizados. Contudo procurarei estar desperta para continuar a refletir sobre o modo como estou na relação, para que esta se constitua como uma relação terapêutica.

Referências bibliográficas

Cavallari, M.L.R, Moscheta, M.S. (2007). Reflexões a respeito da identificação projetiva na grupoterapia psicanalítica. Revista da SPAGESP, 8 (1), 00. Recuperado em 29 de dezembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702007000100006&lng=pt&tlng=pt

Apêndice II

Intervenção de âmbito psicoterapêutico com clientes com Perturbação da Personalidade “Gestão de Emoções”

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervenção de âmbito psicoterapêutico com clientes com Perturbação da Personalidade

Trabalho realizado por:
Cristina Isabel Silva Simões nº6675

Lisboa, outubro 2016

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervenção de âmbito psicoterapêutico com clientes com Perturbação da Personalidade

“GESTÃO DE EMOÇÕES”

Trabalho realizado por: Cristina Isabel Silva Simões nº6675

Docente orientador: Professor Carlos David

Orientadora de estágio: Enfermeira Liliana Lago

Lisboa, outubro de 2016

«Afinal, a melhor maneira de viajar é sentir.
Sentir tudo de todas as maneiras. [...]
Quanto mais eu sinta,
Quanto mais eu sinta como várias pessoas,
Quanto mais personalidade eu tiver, [...]
Mais completo serei pelo espaço inteiro fora.»
Álvaro de Campos

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	105
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	107
2 – Planeamento e implementação da intervenção	113
2.1 – Delimitação da intervenção	113
2.1.2 – Objetivos gerais e específicos	114
2.2 – Caracterização / participação dos clientes nas sessões	114
2.3 – Planificação /dinamização das sessões	115
3 – AVALIAÇÃO GERAL DO PROCESSO	118
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
 Apêndices	
Apêndice I – Plano das sessões	123
Apêndice II – Divulgação das sessões	127

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a decorrer no Hospital de Dia de Santa Maria foi proposto o planeamento e realização de uma intervenção de âmbito psicoterapêutico, cuja temática fosse pertinente, tendo em consideração as dificuldades identificadas no grupo de clientes que frequentam diariamente este espaço terapêutico.

Uma das temáticas identificadas e partilhadas com a orientadora de estágio como uma possibilidade para intervir junto destes clientes tinha como foco as **Emoções**, uma vez que se constatou através das atividades realizadas nos vários contextos e de entrevistas informais, que a dificuldade relacionada com a gestão das mesmas e a angústia associada a essa dificuldade esteve presente em grande parte dos discursos proferidos.

Identificada a temática houve a partilha desta intenção com os clientes, tendo esta sido recebida com agrado, motivo pelo qual as sessões foram dinamizadas dentro do grande tema “**Gestão de emoções**”.

As intervenções foram construídas paulatinamente tendo em consideração a motivação, o envolvimento, o interesse, as expectativas e o que fosse considerado pertinente para o grupo e profissionais, após a realização de cada sessão. Contudo, apesar da riqueza da temática e da motivação dos clientes foram planeadas e realizadas três sessões, em virtude do limite de tempo de realização do estágio.

Estas sessões foram planeadas e concretizadas com o **Objetivo Geral** de sensibilizar os clientes para a identificação e nomeação das várias emoções bem como para estratégias promotoras de interações mais harmoniosas, e tiveram como **Objetivos Específicos** promover a partilha, incentivando a expressão de emoções e sentimentos; refletir sobre a gestão das emoções a nível intrapessoal e interpessoal e partilhar algumas estratégias com o intuito de uma melhor gestão das emoções que causam maiores dificuldades a nível relacional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental visa “a prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico (...), mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e á situação”, nomeadamente através da utilização de técnicas psicoterapêuticas que permitam a libertação de tensões emocionais e a vivência de experiências agradáveis.

A dinamização destas sessões visou desta forma atingir os objetivos supracitados, promovendo o desenvolvimento do cliente e também do profissional, e que está espelhado nas reflexões sobre a prática.

O planeamento e realização das intervenções teve como base o processo de enfermagem e a prática baseada na evidência, não só facultada pela pesquisa bibliográfica, mas também através da consulta aos profissionais peritos na abordagem terapêutica a estes clientes, nomeadamente a enfermeira orientadora do estágio e o professor orientador.

Para um melhor enquadramento desta intervenção foi realizado este trabalho escrito onde inicialmente e segundo autores de referência se abordou teoricamente as emoções e sentimentos e as funções por ambas desempenhadas. Como as sessões foram realizadas de acordo com o feedback da sessão anterior também a realização deste trabalho foi feito em simultâneo. Desta forma, para além do planeamento está presente de forma sumária o resultado das sessões. No final é realizada uma avaliação geral do processo de construção das sessões e são realizadas as considerações finais.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os desafios que se colocam ao ser humano são inúmeros, nomeadamente ao nível da gestão das relações interpessoais, que no caso dos clientes com Perturbação da Personalidade estão de alguma forma comprometidas, motivo pelo qual se torna imprescindível uma aprendizagem emocional, que possibilite relações intra e interpessoais equilibradas.

É por isso importante que os clientes reflitam e posteriormente desenvolvam competências para que mesmo em situações instáveis e difíceis consigam interagir o mais harmoniosamente possível de acordo com o vasto leque de emoções expressas.

Para o desenvolvimento destas competências é importante a sensibilização dos clientes para o significado das emoções e funções que estas desempenham nos vários contextos e momentos da vida.

De acordo com a sua raiz etimológica, a palavra emoção deriva da conjugação da letra “e+movere” que significa “mover para fora” ou “sair de si”, o que significa que quando a pessoa se emociona, essa emoção é canalizada para o exterior. Isso acontece por meio da linguagem verbal ou não verbal, mais especificamente gestos, expressões faciais, entre outras.

Damásio (2011) autor que tem realizado um vasto e reconhecido trabalho a nível neurobiológico considera a emoção como uma variação psíquica e física, subjetivamente experimentada e automática, desencadeada por um estímulo proveniente do meio onde estamos inseridos. Ou seja “é a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas dispositivas a esse processo, em sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais”.

Outro autor importante nesta área é Goleman (2005) para quem a emoção se refere a um sentimento e seus pensamentos distintos, estados psicológicos e biológicos e a uma gama de tendências para agir. Segundo Goleman existem centenas de emoções, juntamente com suas combinações, variações, mutações e tonalidades, ou seja verifica-se que existem mais gradações de emoções do que palavras para as definir.

Falar de emoções pressupõe desta forma falar de sentimentos, uma vez que apesar das diferenças entre ambos, estes se encontram interligados.

Desta forma Damásio (2000) refere-se aos sentimentos como se estes dissessem respeito a uma parte privada, ao contrário da emoção que se manifesta mais explicitamente. Segundo o autor os sentimentos são a expressão do florescimento humano ou do sofrimento humano, na mente e no corpo, não sendo uma mera decoração das emoções, qualquer coisa que possamos guardar ou deitar fora. Os sentimentos podem ser, e geralmente são, revelações da vida dentro do organismo, que desvendam simultaneamente a nossa grandiosidade e a nossa insignificância. De forma a tornar mais claro o que ambos significam o autor refere que a emoção e as várias reações face às mesmas estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos estão alinhados com a mente. Segundo Damásio (2000), o que distingue essencialmente emoção de sentimento é: enquanto a primeira é orientada para o exterior, o segundo é eminentemente interior; os sentimentos são gerados por emoções e sentir emoções significa ter sentimentos. Ou seja, o indivíduo experimenta a emoção, da qual surge um “efeito” interno, o sentimento. Na relação emoção / sentimento Damásio (2000) refere que, apesar de alguns sentimentos estarem relacionados com as emoções, existem muitas que não estão, ou seja, todas as emoções originam sentimentos, se se estiver atento, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções.

Quando uma emoção se desencadeia, tem como objetivo a preparação e adaptação do organismo para atingir níveis de bem-estar aceitáveis, tendo consequências diretas na alteração do estado do corpo e nas estruturas cerebrais a que corresponde. Algumas das componentes das emoções, nomeadamente a expressiva, são visíveis e presenciáveis facilmente, enquanto outras, como as manifestações psicofisiológicas, são mais difíceis de identificar.

Existem segundo Damásio três categorias de classificação das emoções: **emoções de fundo, emoções primárias e emoções sociais.**

As **emoções de fundo** dependem de “manifestações subtis, como o perfil dos movimentos dos membros ou do corpo inteiro, a força desses

movimentos, a sua precisão, a sua frequência e a amplitude, bem como as expressões faciais”

As **emoções primárias** (ou básicas) são as mais fáceis de definir e incluem “o medo, a zanga, o nojo, a surpresa, a raiva, a tristeza e a felicidade”, que são emoções inatas, ou seja, estão presentes desde o nascimento, estando ligadas à vida instintiva, à sobrevivência. Surgem brevemente e de modo inesperado. A facilidade da definição destas emoções surge pela facilidade com que estas são identificadas em seres humanos de diversas culturas e também em animais.

Quanto às **emoções sociais** estas “incluem a simpatia, a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, o ciúme, a inveja, a gratidão, a admiração e o espanto, a indignação e o desprezo”. Estas emoções fazem uso de numerosas componentes das emoções primárias e pode-se dar como exemplo o desprezo (por pessoas) que, sendo uma emoção secundária, utiliza as expressões faciais do nojo (emoção primária), no sentido da rejeição automática e sadia de alimentos potencialmente tóxicos, função adaptativa do nojo.

Por sua vez as emoções secundárias ou sociais resultam da aprendizagem. Estas emoções, ao atingirem a amígdala e produzirem uma emoção, sofrem a influência e o possível domínio do córtex cerebral, mudando a sua natureza primária. Desta forma, estas emoções tornam-se respostas ou evitações (intelectualizadas) às emoções primárias.

As emoções constituem fenómenos evolucionários com importantes funções na sobrevivência da espécie. De acordo com Pinto citado por Santos (2009) as emoções possuem **três tipos de funções: adaptativas, motivacionais e perturbadoras**. As **funções adaptativas** estão relacionadas com a sobrevivência, uma vez que ajudam os organismos na resolução de problemas. As **funções motivacionais** permitem que o organismo reaja de forma rápida. Por fim as **funções perturbadoras** interferem na tomada de decisão, provocando uma ação desmobilizadora.

Segundo Leveson citado por Almeida (2004) as emoções podem ser classificadas segundo a sua **função intrapessoal ou interpessoal**.

As **funções intrapessoais** envolvem as funções que as emoções assumem para o indivíduo que as experiencia (Hess, 2001). Frijda citado por Hess (2001) considera que as emoções se constituem como estados de prontidão para a ação ou estados motivacionais que produzem uma forma específica de ação. Do ponto de vista biológico, as emoções desempenham um papel fundamental nos mecanismos de regulação vital e assumem uma dupla função, na medida em que proporcionam a produção de uma reação específica face a uma determinada situação indutora, que pode ser uma reação de fuga, de imobilização, de ataque ou a adoção de um comportamento agradável, assim como proporcionam a regulação do estado interno do organismo de modo a prepará-lo para aquela reação específica. Conforme a situação pode ser produzida uma reação de fuga, verificando-se, neste caso, o aumento do fluxo sanguíneo nas artérias das pernas para que os músculos recebam mais oxigênio.

Segundo Damásio (2013) nos seres humanos “as reações são essencialmente as mesmas que nos animais, mas temperadas, espera-se, pela razão e pela sabedoria”, motivo pelo que considera que emoção e razão não se podem dissociar, exercendo as emoções uma função essencial no raciocínio e tomada de decisão.

Levenson citado por Almeida (2004) refere que as funções intrapessoais das emoções têm implicações a vários níveis, nomeadamente:

- A coordenação dos sistemas de respostas, sendo a função essencial da emoção a organização.
- A alteração de hierarquias de comportamento, tendo as emoções a capacidade de os ativar.
- O recrutamento de suporte fisiológico, criando um meio fisiologicamente propício perante uma determinada atividade/comportamento, desempenhando um papel crucial no processo de adaptação e sobrevivência.
- Interferência nos processos cognitivos, pois embora se verifique que a parte emocional e racional se encontrem em constante interação, muitas vezes existe a sobreposição da parte emocional no processo de tomada de decisão.

A nível da **função interpessoal** verifica-se que as emoções têm uma função comunicativa e reguladora das relações do indivíduo com o que o rodeia. Desta forma, Averill citado por Hess (2001) postula que as emoções desempenham papéis comparáveis a outros papéis sociais, uma vez que conferem privilégios, tais como a possibilidade para se desculparem ações que resultam de emoções extremas; estão sujeitas a restrições, nomeadamente o facto de não ser socialmente aceite uma manifestação de raiva excessiva e ainda a obrigação que está subjacente á sua manifestação, como na situação em que a pessoa manifeste uma reação resultante de raiva excessiva deverá mostrar o desejo de a corrigir, designadamente, através de manifestações de arrependimento.

Num estudo realizado por Rimé citado por Hess (2001) os autores constataram que as pessoas confidenciavam a maioria das suas experiências emocionais, concluindo que a partilha de emoções apresenta uma função na definição das relações sociais e a nível das relações interpessoais.

Clore citado por Santos (2009) defende que a principal função das emoções é fornecer informações aos outros, através de expressões faciais e vocais, assim como ao próprio, através de diversos pensamentos e sentimentos na relação do sujeito com o meio ambiente.

Reforçando o que foi referindo anteriormente Freitas-Magalhães (2011) afirma que são consensuais as funções atribuídas às emoções, nomeadamente:

- Preparação para a ação, sendo as emoções o catalisador entre o meio e a conduta
- Preparação da conduta, uma vez que as emoções desempenham um papel importantíssimo a nível da aprendizagem, nomeadamente pelo facto do contato com determinadas experiências emocionais proporcionar uma aprendizagem emocional para lidar com futuras situações
- Regulação da interação, uma vez que expressar emoções contribui para que a comunicação interpessoal se faça mais facilmente, ajudando à compreensão dos diferentes mecanismos de defesa. O que significa que se o rosto evidenciar tristeza, a outra pessoa consegue identificar esta emoção, mostrando-se disponível para poder ajudar.

Em suma, é indiscutível a importância das emoções, face às amplas e pertinentes funções que assumem no funcionamento do indivíduo, enquanto ser biológico e social. As emoções desempenham uma função social e comunicativa, interferindo na definição de relações interpessoais e redes sociais, assim como uma função intrapessoal, psicológica e biológica que garante a sobrevivência da espécie.

2 – PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO

2.1 – Delimitação da intervenção

A inteligência emocional é definida por Goleman (1999) “como a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações”, o que contribui para relações interpessoais satisfatórias.

Embora este seja um conceito abrangente, o autor subdivide-o em quatro domínios, cada um dos quais com um conjunto de competências associadas, de forma a tornar claro o que é necessário existir em cada um de nós para gerir as suas emoções e sentimentos.

Assim, existem as **competências pessoais** e as **competências sociais**.

As **competências pessoais** determinam a autogestão e englobam a *autoconsciência* e a *autogestão* propriamente dita. A *autoconsciência* contempla a *autoconsciência emocional* ou seja a capacidade de ser capaz de ler as suas próprias emoções e de reconhecer os seus efeitos nos outros; a *autoavaliação* que consiste no conhecimento das suas próprias forças e limites e a *autoconfiança* que é a noção do seu próprio valor e capacidades. Relativamente à *autogestão* esta engloba o *autodomínio emocional* que significa a capacidade de manter sob controlo os impulsos e as emoções destrutivas; a *transparência* ou seja ser de confiança, honesto e íntegro; a *capacidade de adaptação* que significa ter flexibilidade que permita a adaptação a ambientes de mudança e a situações em que é necessário ultrapassar dificuldades; a *capacidade de realização*; de *iniciativa* e o *ser otimista*, vendo o lado positivo dos acontecimentos.

Quanto às **competências sociais** estas determinam a gestão das relações e englobam a *consciência social* e a *gestão de relações* propriamente ditas.

A *consciência social* engloba a *empatia*, a *consciência organizacional* e o *espírito de serviço*. A *gestão das relações* engloba a *liderança inspiradora*, que motive e oriente as pessoas; a *influência* que passa pelo domínio de um

conjunto de táticas de persuasão; a *capacidade para desenvolver os outros*, dando-lhes feedback e orientação; e ser *catalisador da mudança*; a capacidade de gerir conflitos, o *espírito de equipa e colaboração*.

Uma vez identificadas dificuldades ao nível intra e interrelacional nestes clientes é importante que estes consigam tomar consciência de novas formas de reagir, através da reflexão na ação, com o objetivo de estabelecerem relações mais adequadas e satisfatórias.

Esta intervenção visa por isso que os clientes consigam falar sobre as experiências que consideraram menos satisfatórias em termos relacionais e como reagem face a estas, para que em conjunto se possam analisar e criar cenários alternativos e mais adaptativos ao nível das relações intra e interpessoais.

Assim, foram delineados os objetivos gerais e específicos.

2.1.2 – Objetivos gerais e específicos

Objetivo geral:

- Sensibilizar os clientes para as diferentes emoções;
- Dar a conhecer as estratégias mais adaptativas para lidar com as emoções que os clientes consideram mais difíceis de gerir

Objetivos específicos:

- Reconhecer e identificar os vários estados emocionais e o impacto que têm a nível comportamental e a nível da relação intra e interpessoal;
- Refletir sobre as estratégias mais adaptativas para lidar com as emoções que os clientes considerem mais difíceis de gerir

2.2 – Caracterização / participação dos clientes nas sessões

A formação de grupos com pessoas que experimentam alterações no seu ciclo vital ou crises decorrentes de situações encaradas como disruptivas á sua existência tem de acordo com a literatura um efeito terapêutico excelente (Guerra, 2014). Segundo Manes (2011) o “grupo primário ou pequeno grupo, composto por um número de participantes que varia entre 8 a 25 membros, é um contexto psicossocial rico em estímulos e em potencialidades”. Neste sentido o grupo onde se pretendem dinamizar algumas sessões de âmbito

psicoterapêutico sobre emoções/sentimentos será constituído por clientes com idade compreendida entre os 20 e 54 anos de idade, sendo a média de idades de 36 anos, heterogêneos em termos de psicopatologia mas cuja comorbilidade é nalgumas situações a perturbação de personalidade do grupo B. Alguns destes clientes demonstram baixa autoestima, fragilidade, dificuldade em mentalizar e criar alternativas cognitivas e relacionais satisfatórias.

Nas sessões realizadas não compareceram todos os clientes, uma vez que alguns estudam, outros faltam com alguma frequência e um dos jovens trabalha em regime de *part-time*. Estiveram em média entre 10 a 12 clientes, sensivelmente o mesmo número do sexo masculino e feminino, na sua maioria solteiros, sem filhos, a viver sozinhos ou com a mãe. Contudo também havia clientes casados, com dois e três filhos.

2.3 – Planificação /dinamização das sessões

A realização desta intervenção surgiu a partir da interação, observação e entusiasmo dos clientes face a esta temática, uma vez que apresentam dificuldade na gestão das emoções, bem como a partir da validação feita pela enfermeira orientadora que considerou pertinente a abordagem deste tema.

A intervenção consistiu na dinamização de 3 sessões (**Apêndice I**) sobre emoções/sentimentos, realizadas com base numa partilha mútua em que os clientes foram chamados a intervir, com o objetivo de refletirem sobre as suas dificuldades, criando modelos alternativos para uma gestão mais adequada das mesmas.

Assim, num primeiro momento foi-lhes pedido para refletirem/pesquisarem sobre esta temática.

Na primeira sessão planeada, conforme descrito, os clientes falaram um pouco sobre o que pensaram e pesquisaram acerca do tema, havendo depois espaço para cada cliente expressar as emoções difíceis de gerir com recurso a mediadores artísticos, nomeadamente através do recurso às técnicas expressivas. Num segundo momento de interação foi-lhes solicitado que escrevessem o que haviam dito acerca da sua representação gráfica realizada na sessão anterior, dada a riqueza dos conteúdos associados a esta representação.

Na segunda sessão, após a identificação da tristeza, raiva e medo como emoções mais difíceis de gerir, foi solicitado que escrevessem para cada uma delas o que pensam, sentem e as ações resultantes dessas emoções, para que possa existir um melhor entendimento da forma como as vivenciam.

A terceira e última sessão teve como foco a “raiva”, comum á maioria dos clientes, que foi dinamizada através do role-playing e posteriormente através da técnica de espelho, que segundo Holmes (1991) consiste na atuação de uma pessoa em nome da outra, colocando-se no seu lugar, o que possibilita ao próprio observar o seu desempenho numa situação significativa com a distância suficiente de forma a poder pensar sobre ela, ou seja a ter insight.

Apesar de não terem sido realizadas mais sessões com carácter formal, houve oportunidade de intervir informalmente com o grupo, através da dinamização de duas sessões de movimento, com posterior relaxamento através do recurso a técnica de respiração abdominal.

As sessões decorreram na sala onde se realizam os grupos terapêuticos do hospital de dia, em hora previamente combinada de forma a promover a adesão dos clientes.

Conforme referido este grupo é constituído por clientes, que na sua maioria já se encontram a frequentar o hospital de dia há algum tempo. Desta forma foi tida em conta a sua experiência anterior, no sentido de tornar mais objetivas e reais as situações e as dificuldades.

A intervenção grupal foi realizada com base nas premissas do modelo de Irvin Yalom, criado pelo próprio em 1985, que enfatiza os princípios humanistas que regem a sua teoria mas também valorizando o feedback e a coesão como instrumentos fundamentais no processo terapêutico. Segundo Yalom “o grupo terapêutico oferece não uma terapia individual diluída mas, pelo contrário, uma maior possibilidade de mudanças e trocas terapêuticas diversificadas que não ocorrem individualmente” (Guerra, 2014). Este modelo tem por base doze fatores terapêuticos não sequenciais mas interligados dinamicamente entre eles: incutir da esperança; universalidade; informação participada; altruísmo; recapitulação corretiva do grupo familiar primário; desenvolvimento de competências sociais; modelagem; catarse; fatores

existenciais; coesão do grupo; aprendizagem interpessoal; o grupo como microcosmo social.

Apesar do número de sessões ser reduzido, estes clientes por já fazerem parte de um grupo terapêutico na sua maioria há algum tempo, já se encontram familiarizados com a dinâmica inerente ao funcionamento do mesmo, motivo pelo qual a coesão grupal, o altruísmo, o inculcar da esperança entre outros fatores terapêuticos já são uma realidade facilitadora deste tipo de intervenções de âmbito psicoterapêutico.

Os recursos utilizados para facilitar a apresentação das sessões foram folhas A4/A3, lápis, canetas e material para realização de técnicas expressivas tais como jornais e revistas.

A metodologia utilizada foi expositiva, demonstrativa e interativa.

Os recursos humanos que estiveram presentes em cada sessão foram a Enfermeira especialista Liliana Lago e a Enfermeira estagiária Cristina Simões.

3 – AVALIAÇÃO GERAL DO PROCESSO

A realização desta intervenção de âmbito psicoterapêutico teve como guia orientador o processo de enfermagem, dado o seu carácter científico que permite ao enfermeiro agir de forma sistemática com o objetivo de identificar e resolver os problemas percebidos na relação estabelecida entre enfermeiro/cliente.

O processo de enfermagem contempla cinco fases que se encontram interligadas e que visam segundo Potter (2006) “organizar os cuidados aos seus utentes, sejam eles um individuo, uma familia, uma comunidade”.

A **a**valiação **i**nicial é o primeiro momento deste processo e acontece quando enfermeiro/cliente se encontram, prolongando-se durante todo o tempo em que a relação se estabelece. Esta fase contempla a colheita de dados, neste caso realizada através de entrevistas informais e observação dos clientes nas interações nos grupos terapêuticos, bem como através de entrevistas informais com a enfermeira orientadora.

Posteriormente, elabora-se o **d**iagnóstico de **e**nfermagem para que se possa realizar um **p**lano de **i**ntervenção, que neste caso consistiu numa atividade de âmbito psicoterapêutico sobre a temática “Gestão de emoções”. Esta foi desenvolvida com a participação dos clientes e baseada nas premissas do modelo teórico de enfermagem de Hildegard Peplau e na abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers. Como se pretendeu intervir num grupo foi importante planear uma intervenção cuja temática fosse importante e significativa por todos os elementos que o constituem.

Para finalizar é feita a **a**valiação do **p**rocesso e se necessário são reajustadas as intervenções.

O objetivo destas sessões de âmbito psicoterapêutico visava dar resposta às três emoções identificadas pelos clientes como sendo difíceis de gerir, mas em virtude do limite de tempo em que decorreu o estágio não foi possível a abordagem de cada uma delas, tendo sido apenas dinamizada a sessão cuja temática foi a “raiva”.

Desta forma e através das dinâmicas realizadas, bem como conversas informais e momentos de reflexão no final das sessões, ficou claro que todos

os clientes conseguiram identificar a raiva e situações que precipitam a hostilidade, demonstraram capacidade para expressar as emoções e a capacidade para utilizar técnicas de relaxamento e respiração abdominal em situações sobretudo de grande ansiedade, que acaba por ser transversal a todos os clientes e está associada a grande parte das emoções expressas.

De referir que esta temática estava a ser do agrado dos clientes, sendo verbalizado pelos próprios, o que constituía um desafio constante a preparação das sessões. De salvaguardar que dado o limite de tempo ser um constrangimento para concretizar o que foi idealizado, este obstáculo foi colmatado pelo compromisso da enfermeira orientadora em continuar a intervenção dentro da mesma temática, que na verdade acaba por estar sempre presente no discurso e nas dificuldades dos clientes.

Como obstáculos previsíveis poderia haver pouca adesão e participação dos clientes. Contudo não se verificou uma vez que houve manifestação de interesse da parte destes, tendo também havido a preocupação de antecipadamente marcar o melhor dia para a realização das sessões.

Outra dificuldade poderia ser o fato de alguns clientes poderem “dominar” as sessões, mas este aspeto foi colmatado de forma assertiva sempre que ocorreu.

Houve ainda a preocupação de preparar a sala previamente e colocar um panfleto informativo na porta (Apêndice II) com o objetivo de evitar as interrupções, que aconteceram excecionalmente.

Pela forma como decorreram as sessões, pela envolvência dos clientes e tendo em consideração os comentários positivos da orientadora do estágio, penso que os objetivos foram atingidos.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico fazem parte das competências do enfermeiro especialista, pelo que a sua realização constituiu um momento de aprendizagem “na ação”, balizado neste caso pelo acompanhamento de um profissional competente nesta área, o que se traduz em aprendizagem efetiva.

Contudo, dado o tempo de realização do estágio fica a sensação que o processo de aprendizagem ainda se está a iniciar. Esta é uma realidade, que acredito irá sendo colmatada no dia-a-dia, onde as interações com os clientes e as intervenções realizadas irão permitir continuar este percurso, sabendo de antemão neste caso as dificuldades experienciadas pelos enfermeiros na relação interpessoal com clientes com perturbação da personalidade.

Embora o contexto de hospital de dia tenha uma dinâmica própria que não existe no internamento de psiquiatria onde exerço funções, penso ser possível interagir com os clientes utilizando o mesmo modelo de disponibilidade, flexibilidade, tolerância e empatia vivenciado neste contexto de aprendizagem.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Damásio, A. (2011). O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano. 24ª Edição. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2000). Ao Encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurobiologia do sentir. 6ª Edição. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2013). O sentimento de si: Corpo, emoção e consciência. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, Daniel, (1999). Trabalhar com Inteligência Emocional. Círculo de Leitores
- Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). Intervir em grupos na saúde (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hess, U. (2001). The experience of emotion: Situational influences on the elicitation and experience of emotions. In A. Kaszniak (Ed.), Emotions, Qualia, and Consciousness. Singapore: World Scientific Publishing.
- Holmes, P., Karp, M. (1991). *Psicodrama: inspiração e técnica*. São Paulo: Ágora
- Manes, S. (2011). 83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos (10 ed.). Lisboa: Paulus Editora.
- OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. In A. d. C. d. E. d. E. d. S. M. e. *Psiquiátrica* (Ed.).
- Potter, P.A. e Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e procedimentos*. Loures, Lusociência
- Santos, C. S. V. (2009). Psicofisiologia das emoções básicas: Estudo empírico com toxicodependentes em tratamento (Dissertação de Mestrado). Retirado do Repositório institucional da Universidade Fernando Pessoa: <http://hdl.handle.net/10284/1426>

APÊNDICES

Apêndice I

Plano das sessões

PLANO DA 1ª SESSÃO

Título: Intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão das emoções Duração: 1 hora e 30 minutos Local: Sala de grupo terapêutico do hospital de dia de saúde mental e psiquiatria Data: 3/11/2016 Hora: 14.30h					
Fase/momento	Objetivos	Intervenções	Método	Recursos	Tempo
Introdução ao tema	Contextualizar as sessões	- Apresentação do tema "Gestão das emoções" e objetivos das sessões <ul style="list-style-type: none"> Promover a partilha no grupo incentivando a expressão de emoções e sentimentos Refletir sobre a gestão das emoções a nível intrapessoal e a nível das relações interpessoais 	Verbal	Cadeiras Elementos do grupo Enfermeiras	5 min.
Aquecimento "Quebra-gelo"	Promover a sintonia grupal Preparar o grupo para o tema emoções/sentimentos	Quebra-gelo "Cartas com Emoções" <ul style="list-style-type: none"> Cada utente tem oito cartas, cada uma com uma emoção escrita (medo, nojo, surpresa, tristeza, alegria, raiva, vergonha, culpa). Estão todos sentados em volta da mesa e o jogo é jogado no sentido dos ponteiros do relógio Estão oito cartas com uma emoção escrita previamente baralhadas em cima da mesa viradas para baixo O primeiro a jogar é o mais novo que retira uma carta e sem a mostrar ao grupo representa a emoção expressa Cada jogador mostra a carta com a emoção escrita que retrata a representação O jogo continua até todos os elementos representarem as emoções expressas nas cartas 	Interativo	Elementos do grupo Enfermeiras	20 min.
Desenvolvimento	Partilhar com o grupo os diferentes tipos de emoções e sentimentos	Os utentes falam sobre o que pensaram, pesquisaram e refletiram sobre o tema A enfermeira faz uma pequena apresentação sobre o significado de emoções/sentimentos e inteligência emocional	Interativo Expositivo Verbal Expressivo	Folhas A3/A4 Revistas Tintas Lápis Canetas	45 min.
	Solicitar a cada elemento do grupo a expressão de uma emoção difícil de gerir através de mediadores artísticos	Representação individual de uma emoção difícil de gerir recorrendo ao método artístico que preferirem (recorte, pintura, desenho, etc...)			
	Refletir em grupo sobre as emoções experienciadas durante a representação individual da emoção difícil de gerir	Cada utente partilha com o grupo o que sentiu e pensou durante a realização da atividade proposta			
Finalização	Partilhar as emoções e sentimentos experienciados pelos utentes na sessão Encontrar três emoções difíceis de gerir	Partilha das emoções ocorridas durante a sessão Definição de três emoções difíceis de gerir para serem abordadas nas próximas sessões	Verbal	Elementos do grupo Enfermeiras	20min.

PLANO DA 2ª SESSÃO

Título: Intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão das emoções. Duração: 1 hora e 30 minutos. Local: Sala de grupo terapêutico do hospital de dia de saúde mental e psiquiatria Data: 11/11/2016 Hora: 14.30h					
Fase/momento	Objetivos	Intervenções	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Identificar pensamentos, sentimentos e ações associadas aos três tipos de sentimentos identificados (Tristeza, Raiva, Medo)	Feita uma breve explicação sobre a sessão onde os utentes têm que escrever o que pensam, sentem e o modo como agem face aos sentimentos identificados como sendo difíceis de gerir.	Verbal	Cadeiras Elementos do grupo Enfermeiras	5 min.
Aquecimento “Quebra-gelo”	Promover a sintonia grupal Preparar o grupo para a tomada de consciência das vivências associadas às diferentes emoções, em diferentes contextos	Quebra-gelo “os balões sentimentais” <ul style="list-style-type: none"> Os balões são previamente cheios. Com menos ar os que têm escrito sentimentos negativos. Com mais ar os que têm escrito sentimentos positivos. Todos os utentes têm um balão, independentemente do sentimento associado. Inicialmente coloca-se música alegre e num segundo momento música mais melancólica. O objetivo consiste em não deixar cair os balões, pelo que têm que criar estratégias de grupo. No final solicita-se a cada utente que expresse o que sentiu com a experiência de tentar manter os balões no ar dado o seu peso e tenta-se perceber os sentimentos associados a esse esforço com os diferentes tipos de música e as estratégias adotadas pelo grupo. 	Interativo	Elementos do grupo Enfermeiras Computador Balões Canetas	20 min.
Desenvolvimento	Refletir sobre os pensamentos, sentimentos e ações associadas aos três sentimentos identificados (Tristeza, Raiva, Medo)	Cada utente tem três folhas A4 cada uma das quais com a emoção representada simbolicamente e com as frases O que penso... O que sinto... As minhas ações Devem preencher as folhas (ao som de uma música baixa e tranquila) o mais especificamente possível	Escrito Verbal	Folhas A4 Lápis Canetas Borracha	45 min.
	Refletir em grupo sobre as emoções experienciadas durante a realização da atividade proposta	Cada utente partilha com o grupo o que sentiu e pensou durante a realização da atividade proposta			
Finalização	Partilhar as emoções e sentimentos experienciados pelos utentes na sessão	Cada utente partilha as emoções e pensamentos ocorridos durante a sessão.	Verbal	Elementos do grupo Enfermeiras	20min.

PLANO DA 3ª SESSÃO

Título: Intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão das emoções. Duração: 1 hora e 30 minutos. Local: Sala de grupo terapêutico do hospital de dia de saúde mental e psiquiatria Data: 23/11/2016 Hora: 14.30h					
Fase/momento	Objetivos	Intervenções	Método	Recursos	Tempo
Introdução ao tema	Abordar a emoção "Raiva"	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem da emoção "raiva" como uma das emoções primárias. Identificar padrões que a desencadeiam e refletir sobre possibilidades mais adaptativas para lidar com esta emoção 	Verbal	Cadeiras Elementos do grupo Enfermeiras	5 min.
Aquecimento "Quebra-gelo"	Promover a sintonia grupal Facilitar a expressão de agressividade Preparar o grupo para a temática abordada	Quebra-gelo "O grito de guerra" <ul style="list-style-type: none"> Coloca-se um colchão no centro da sala Pede-se aos utentes que imaginem ser índios americanos que têm que assaltar o inimigo Um utente de cada vez afasta-se do colchão e no momento do salto deve gritar com o máximo de força possível um som ou palavra inventada e depois deve cair sobre o colchão. Cada utente deve repetir a experiência pelo menos quatro vezes. Se algum utente experimentar dificuldade na emissão do grito, não se deve forçar Os utentes devem contudo ser encorajados a seguir o exemplo dos colegas que o fazem sem dificuldade, procurando imitá-los. 	Interativo	Elementos do grupo Enfermeiras	20 min.
Desenvolvimento	Partilhar com o grupo uma situação real na qual tenha sentido "Raiva" através de role-playing	Um utente explica uma situação da vida real na qual tenha estado presente a emoção "raiva" e posteriormente vai dramatiza-la com a ajuda de outros utentes através da técnica de role-playing	Expressivo Verbal	Elementos do grupo Enfermeiras	45 min.
	Observar a conduta na situação dramatizada através da técnica de espelho	O utente que dramatizou a situação geradora de raiva vai observar através da técnica de espelho o seu comportamento durante a mesma			
	Refletir individualmente e em grupo sobre os pensamentos, sentimentos e ações ocorridas durante a dramatização	Tomada de consciência por parte do utente da forma como pensou, sentiu e viveu esta situação. Através do questionamento e partilha em grupo o utente pode refletir sobre formas alternativas e mais adaptativas de vivenciar a situação			
Finalização	Partilhar as emoções e sentimentos experienciados pelos utentes na sessão	Partilha dos pensamentos e emoções ocorridas durante a sessão.	Verbal	Elementos do grupo Enfermeiras	20min.

Apêndice II

Divulgação da sessão



INTERVENÇÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO SOBRE GESTÃO DAS EMOÇÕES

Dinamizadoras: Enfermeira Estagiária Cristina Simões
Enfermeira orientadora Liliana Lago

Local: Sala de grupo terapêutico do hospital de dia de saúde mental e psiquiatria
Data: 23/11/2016 **Hora:** 14.30h

Apêndice III

Diários de intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão de emoções

1º Diário de intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão de emoções

Descrição da intervenção

No dia 3 de novembro de 2016 entre as 14.30h e as 16 horas, realizou-se na sala de grupo uma intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão das emoções.

A sessão foi previamente combinada, motivo pelo qual estiveram presentes 10 clientes durante toda a sessão. Apenas uma cliente chegou durante a parte expressiva e um cliente que estava presente ausentou-se para uma consulta com a médica assistente.

Nesta sessão pretendeu-se falar de forma abrangente das várias emoções, dos sentimentos, da diferença entre ambos e do significado de inteligência emocional, bem como perceber quais as três emoções mais difíceis de gerir, para posteriormente se refletir no modo mais adaptativo de as entender e expressar.

O início da sessão foi pautado por uma breve introdução ao tema, respetivos objetivos e em seguida procedeu-se a um “quebra-gelo” introdutório (descrito no respetivo plano da sessão) que visou demonstrar o poder das expressões faciais na forma como comunicamos as nossas emoções.

O “quebra-gelo” durou cerca de 20 minutos, após os quais os clientes falaram um pouco sobre o que entendiam por emoções e o que haviam pesquisado (conforme solicitado). Posteriormente e à luz da neurociência falou-se sobre o seu significado, importância e a influência que têm na tomada de decisão, bem como o fato do seu entendimento visar uma gestão mais adequada das mesmas.

No quebra-gelo cada cliente participou expressando a emoção referida na carta que retirava do baralho existente no centro da mesa. Os restantes elementos do grupo na maioria das vezes foi unânime na identificação da emoção expressa.

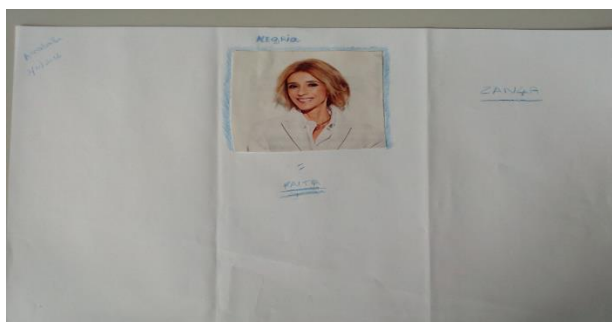
Para mais facilmente projetarem as emoções a segunda parte da sessão consistiu na representação individual de uma emoção difícil de gerir recorrendo ao mediador artístico que preferissem (recorte, colagem, pintura, desenho, etc...), após a qual houve uma partilha individual da/s emoção/ões expressas.

Durante a realização desta atividade todos os elementos do grupo estiveram concentrados e envolvidos, exceto um elemento que estava pouco motivado, demonstrando dificuldade em envolver-se em novos tipos de desafios, embora tenha acabado por aderir á proposta.

Após a realização da atividade todos os clientes verbalizaram e escreveram (num momento posterior) o que haviam expressado graficamente. Uma cliente saiu para a psicoterapia individual mas acabou por partilhar apenas á posteriori por escrito o que havia representado. Os conteúdos resultantes da expressão artística serão apresentados seguidamente, bem como uma breve caracterização do cliente em questão:

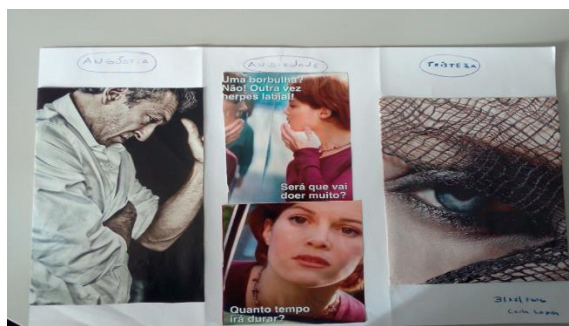
A. – 50 anos, divorciada, duas filhas de 30 e 22 anos. Vive sozinha. Bibliotecária. Desde há cerca de 12 anos que apresenta queixas de dores musculares generalizadas, cansaço fácil e edemas dos membros inferiores. Apresenta o diagnóstico de fibromialgia e síndrome de cansaço crónico. Frequenta o hospital de dia desde 19/9/2016

Referiu falta de alegria e por isso estava zangada consigo e com os outros, com a incompreensão e a falta de soluções para a sua doença. Referiu estar cansada de procurar um lugar para se encaixar, desde que tudo tinha mudado e que sente ter perdido o controlo do seu corpo tanto mental como fisicamente. Zangada por ter que se justificar constantemente de que já não é a mesma...ou pior...já nem ela própria sabe quem é.



C. – 43 anos, casada, um filho de 9 anos e uma filha de 6 anos. Licenciatura em enfermagem. De baixa médica há cerca de ano e meio. Vive com a família, no entanto o filho só vai ao fim-de-semana a casa, vivendo com os avós durante a semana, segundo a cliente por estar mais perto da escola. Ingressou no hospital de dia a 6/9/16 por quadro de anedonia, humor depressivo com marcada irritabilidade e insónia mista.

As emoções expressas foram angústia, ansiedade e tristeza. A angústia foi definida como se a cliente sentisse ter um nó na garganta, uma coisa que nem desce nem sobe. Um aperto constante no coração, que a faz sentir doente. Contudo tem dias em que a angústia é mais evidente e outros menos. A ansiedade é um sentimento que faz com que o seu coração bata muito depressa, secando-lhe a boca, tremendo as mãos. Refere ser nervosa e por qualquer coisa começa a chorar. A tristeza é para si um dos piores sentimentos, que a acompanham desde cedo, sendo difícil de digerir e controlar. Contudo existem dias em que a tristeza é menor e outros dias maior, mas encontra-se sempre presente.



R.M - 43 anos, união de fato desde 1999. Tem três filhos de 14, 11 e 10 anos. Vive com a família. Tem o 11º ano e o curso de certificação em sistemas digitais pela Microsoft. Apresenta incapacidade para o trabalho desse setembro de 2015, altura em que iniciou sintomas de ansiedade, irritabilidade fácil, dificuldade de concentração, insónia intermédia, anorexia com perda de peso não quantificada, aparentemente em contexto de conflito laboral, onde foi preterido em detrimento de um colega mais novo para um cargo de chefia na empresa onde trabalhava. Foi admitido em hospital de dia por quadro depressivo com seis meses de evolução.

Este cliente expressou a raiva, o ódio e a tristeza. Referiu que tem uma constante e inexplicável raiva e ódio que o deixa numa constante insatisfação e tristeza. Por sua vez essa constante tristeza provoca-lhe raiva por não conseguir esquecer ou ultrapassar. É como um remoinho que suga aquilo que é positivo, deixando um vazio á volta e alimenta esse núcleo de raiva por não conseguir ultrapassar e ver mais além.



D.V- 45 anos, solteiro, sem filhos, 12º ano, desempregado desde 2011, trabalhava como programador informático. Vive sozinho. É o quarto filho de uma fratria de quatro irmãos. É seguido em psicologia desde os 6 anos, e por volta dos 9 anos começou a ser acompanhado em psiquiatria, por neurose obsessiva-compulsiva. Foi admitido em hospital de dia por “grande ansiedade e pensamentos obsessivos...estou sempre nervoso e preocupado com alguma coisa” (sic)

Este cliente refere medo da rejeição. Referiu que a ansiedade e o medo eram emoções muito presentes na sua vida, que se situam no enredo das relações interpessoais nos diferentes contextos sociais, e que Deus também entrava nesse enredo, pois projetava nele os sentimentos que vivenciava com as pessoas ao seu lado. Este medo coloca-o no centro do mundo, sendo extremamente difícil relativiza-lo. Refere que nos contatos sociais procura constantemente – compulsivamente até – o olhar dos outros como que procurando aprovação ou desaprovação. O olhar e o comportamento do outro torna-se obsessivamente, a medida da sua autoestima. Refere que fisicamente o coração acelera, a transpiração aumenta, a boca seca, a voz inibe-se e a postura corporal é retraída, não sendo capaz de um fluir espontâneo do movimento corporal. Quando está sozinho, os pensamentos obsessivos

assaltam-no compulsivamente e o egocentrismo dilata-se. O fato de não estar preocupado com alguma coisa torna-se fonte de tensão, no entanto a preocupação obsessiva é um sofrimento em si. Culmina dizendo que parece ser a lógica do mal menor.



H. – 26 anos, solteiro, sem filhos, estudante com frequência universitária, atualmente com matrícula suspensa. Vive com os pais que são professores. É brasileiro mas vive em Portugal. Não se adaptou bem, começando a isolar-se ao ponto de ter passado vários meses fechado no quarto, saindo apenas mensalmente ir á consulta de psiquiatria.

O cliente expressou graficamente o medo, o entusiasmo e a empatia. Refere que muitas vezes fica cognitivamente parado pelo medo, sem conseguir reagir de maneira apropriada. Independentemente da situação, quanto mais intenso é o medo, menos consegue pensar com clareza e agir como gostava.

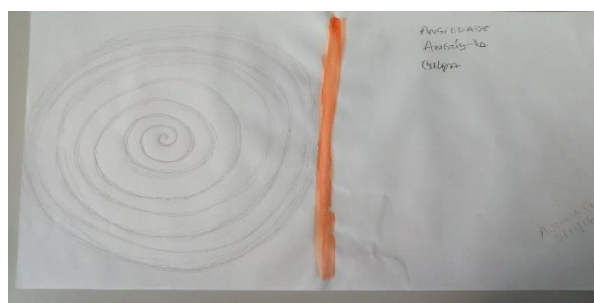
Relativamente ao entusiasmo, refere que tem dificuldade em lidar com o seu entusiasmo inicial face a qualquer situação, ou quando existe uma ideia entusiasmante verbalizada por alguém que lhe seja próximo. O idealismo inicial é então substituído pelo pragmatismo da realidade, raramente dando seguimento aos seus planos, dos quais acaba por desistir rapidamente.

Quanto á empatia refere ter dificuldade em lidar com a intensidade exagerada da empatia que sente pelos outros, especialmente se já passou por situações parecidas. Sente que espelha o sofrimento dos outros, como se fosse impossível importar-se com eles sem sofrer também. Não sei como ser menos permeável e absorver menos dor e angústia.



A.C – 38 anos, solteira, sem filhos, 11^o ano, desempregada, era lojista. Tinha uma relação conflituosa com a mãe de quem cuidou antes de morrer. Tem uma relação física e emocionalmente próxima com o pai e uma tia. Frequenta o hospital de dia desde 26/9/16 devido a tristeza, ansiedade, irritabilidade, insónia, adinamia, apatia, isolamento social e ideias de morte.

As emoções expressas foram a tristeza, o medo e a culpa. A cliente refere começar por ficar angustiada/triste devido a algumas situações do dia-a-dia ou situações do passado que começa a recordar. Isso acaba por gerar ansiedade que vai alastrando pelo corpo e que por vezes a deixa paralisada, sem conseguir reagir e alastra-se sem que tenha controlo sobre ela. Geralmente a ansiedade e a tristeza aparecem do nada, não conseguindo perceber de onde vêm. Relativamente á culpa refere ser motivada por não estar a trabalhar e o pai ter que suportar as despesas. Sente-se culpada pois por vezes não tem tempo para ajudar quem precisa.



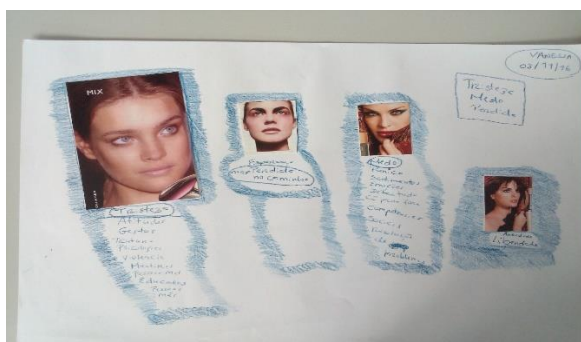
A.M - 42 anos, casado há 18 anos, tem duas filhas de 13 e 15 anos. Tem o 12^o ano de escolaridade. Trabalha como revisor no comboio, embora esteja de baixa há dois anos e cinco meses. Vive com a família. Frequenta o hospital de dia desde 26/9/16, apresenta apatia, bradipsiquismo e embotamento afetivo.

A única emoção expressa foi a fúria. Refere ficar furioso quando está impaciente, quando passa o reflexo desta fúria na verbalização, porque se sente inativo com o sistema e porque deixou ficar em si próprio várias emoções que devia ter partilhado.



V.- 36 anos, solteira, sem filhos, vive com a mãe. Tem o 12º ano e o curso profissional de técnica de serviços comerciais, trabalhava como administrativa. Atualmente terminou a baixa e está sem subsídio. Apresenta um quadro de tristeza marcada e desconfiança, num registo psicótico.

As emoções expressas foram a tristeza, o medo, mas também a esperança e a ansiedade por se querer sentir livre. A tristeza está presente perante as atitudes, os gestos, a tortura psicológica, a violência, as mentiras, as pessoas mal-educadas e más. O medo está associado ao pânico, aos sentimentos e às emoções.



I.C - 36 anos, solteira, sem filhos, baixa médica, trabalhava no aeroporto. Internada no hospital de dia desde dia 4.4.2016 com diagnóstico de episódio depressivo maior. Vive sozinha após a morte da mãe que para ela era uma figura de referência e um apoio muito importante. Tem um irmão toxicodependente de 39 anos.

Referiu a injustiça relativamente as desgraças existentes no mundo, ligadas á impotência para lhes fazer face. Não quis acrescentar mais nenhum comentário.



M.S – 54 anos, solteira, sem filhos, 1º ano de frequência universitária do curso de história, empregada de balcão. Atualmente vive sozinha, embora já tenha sido casada duas vezes. Tem antecedentes psiquiátricos desde os 18 anos altura em que teve tuberculose pulmonar, com episódio depressivo reativo á situação de doença. Apresentou início de restrições alimentares nesse período. Em 2011 tem novo episódio depressivo reativo á separação do segundo casamento. Concomitantemente desenvolve anorexia nervosa restritiva, tendo atingido um peso mínimo de 33,5 Kg em Outubro de 2015, o que motivou vários internamentos. Esta é a primeira vez que frequenta o hospital de dia na tentativa de através de uma nova abordagem poder desenvolver novas formas de relacionamento consigo e com os outros.

A cliente expressou tristeza, o medo e a raiva, mas também a alegria, associada á esperança. A tristeza está associada ao fato de já não aguentar mais, questionando-se porquê eu? Que horror. Associado ao medo e á raiva refere odeio- te. Deixa-me.



S.S – 36 anos, casado, 2 filhos de 7 e 2 anos, 7º ano. Atualmente desempregado. Era empresário e tinha um negócio de instalações de segurança em habitações. Começou a frequentar o hospital de dia a 30 /5/16 por quadro arrastado de letargia, anedonia, anergia, clinofilia marcada e incapacidade laboral.

As emoções expressas foram a culpa e o medo. Refere ser intempestivo. Culpa face á situação em que se encontra. O fato de ter dado tanto e ser tão empenhado e agora estar nesta situação. Quanto ao medo refere que o bloqueia e por isso sente-se zangado, frustrado e angustiado. Sente medo pela família, pela ausência de realização pessoal e profissional.



Após esta partilha individual, houve um breve momento para os clientes expressarem as emoções e sentimentos vividos durante todos os momentos que fizeram parte da sessão. A escolha das emoções mais difíceis de gerir ficou agendada para a sessão seguinte, dado o pouco tempo que faltava para esta terminar.

O que pensei e senti ...

As emoções e os sentimentos experienciados durante a preparação e realização desta atividade foram vários, sentidos não só física mas também psicologicamente.

Foi a primeira vez que apresentei formalmente uma sessão, em contexto de estágio da especialidade, o que me acrescia alguma responsabilidade.

Uma vez que preparar, pensar e refletir sobre as sessões e todos os trabalhos inerentes ao estágio carecia de tempo, fiquei apreensiva pois gostava de poder ter outra disponibilidade (a vários níveis) para estar á altura da profundidade e reflexividade que estes trabalhos e clientes exigem. Por momentos pensei que dados os condicionalismos as sessões poderiam ser consideradas rudimentares e pouco interessantes.

Por essa razão tive receio de me sentir incompetente e de não conseguir corresponder às minhas expetativas e às expectativas que por vezes os outros tendem a colocar no meu desempenho.

No dia da apresentação da sessão as emoções iniciais foram brevemente sentidas a nível físico, no entanto foram-se dissipando á medida que as dinâmicas se sucederam e senti entusiasmo e envolvimento por parte dos clientes. Tentei ficar atenta a cada um, á sua capacidade de entrega e ao potencial existente para dinamizar um tema tão rico e interessante como este. Isto não invalida alguma apreensão, pois ao querer reter tudo o que era expresso tanto a nível da expressão plástica como através da expressão oral senti algumas dificuldades, colmatadas posteriormente pelo momento da representação escrita.

O que senti de tudo o que foi expresso pelos clientes foi o que considero ser a sua impotência, rigidez, incapacidade, culpa, raiva, medo, tristeza entre outras emoções e sentimentos que bloqueiam e paralisam as suas ações e relações interpessoais, colocando a sua vida em suspenso. Desta forma muitas vezes desistir e acabar afigura-se como a sua única solução, pois alguns clientes já haviam tentado o suicídio.

Senti também o quanto o ser humano pode ser frágil e o quanto pode ser ténue a passagem de um estado de organização, neste caso mental, para um estado onde os clientes consideram não existir alicerces que os sustentem e desta forma tendam a desorganizar-se.

E o que diz tudo isto sobre mim? Serão as minhas expectativas demasiado elevadas? Ou será que tento corresponder às expectativas que sinto que os outros colocam em mim? Porque me tenho centrado apenas nas

dificuldades? Será que tenho tendência a olhar apenas para estas? Será de(formação) profissional ou pessoal? Será que não valorizo o bom, o belo, as capacidades?

Penso que sim, que o faço, mas é importante que tenha consciência que o deva fazer mais vezes, não só em relação a mim, mas também em relação aos outros.

Desta forma, quando conseguimos que o outro se centre nas suas potencialidades em detrimento das dificuldades, estamos a espelhar alternativas mais funcionais, que embora possam estar presentes, podem ser de difícil entendimento.

Analizando a situação...

Apesar de ser evidente que alguns clientes eram muito inteligentes, pelo menos nalgumas áreas do conhecimento, era notória a sua dificuldade ao nível das relações interpessoais, logo “pouco” inteligentes a nível emocional.

Se por um lado a sua inteligência me deixou um pouco apreensiva, por outro a sua avidez pela linguagem dos afetos deixou-me mais tranquila. Uma vez que os sentimentos e emoções são difíceis de gerir percebi que estes clientes consideravam importante esta temática com a intenção de encontrarem algumas soluções para as suas dificuldades.

Com base em autores de referência tentei ser clara e concisa na apresentação do tema. Recorri a uma apresentação sem tecnologias, o que pensei poder ser demasiado arcaico, no entanto resultou, pois senti-me próxima dos clientes e entendi que estes não a consideraram desadequada.

Também o facto de “espelhar” no outro aquilo que o preocupa, as suas dificuldades e receios, em vez de tentar sempre encontrar “soluções”, permitiu-me estar mais tranquila e atenta na relação.

De alguma forma foi isso que aconteceu, balizada pela sabedoria da enfermeira orientadora, pois foi possível devolver aos clientes o reflexo das suas angústias e medos, no sentido destes refletirem sobre estas emoções.

A utilização dos mediadores artísticos também se revelou muito interessante e facilitador da relação. Segundo Carvalho citado por Martins (2012) os mediadores artísticos são os meios utilizados com o objetivo de criar, expressar-se e comunicar no *setting* terapêutico. São vários os mediadores artísticos, tendo sido utilizado neste caso a expressão plástica, contudo todos eles são potencialmente terapêuticos, considerando as suas características físicas, técnicas e simbólicas. Ainda segundo o mesmo autor existem algumas funções terapêuticas da arte que podem ser exploradas no *setting* arte-terapêutico e que são a função de criação, de expressão, de significação, de suprimimento ou substituição, de reparação, de nutrição ou a função integradora. Embora este não seja considerado um *setting* de arte-terapia, a utilização destes mediadores permitiu que os clientes expressassem as suas emoções, envoltas num significado e num simbolismo único, dada a sua unicidade, e que posteriormente conseguissem partilhar o resultado da sua realização com o grupo.

Embora estas produções não tenham sido exploradas exaustivamente (por não ser esse o objetivo, nem existir conhecimento suficiente para o fazer) cada uma destas expressões artísticas encerra em si uma riqueza inúmera de significados.

Concluindo...

Esta sessão foi muito enriquecedora e permitiu entender a complexidade de que se reveste cada intervenção, desenho e expressão facial.

Contudo, dada a riqueza dos conteúdos emergentes tornou-se por vezes difícil conter os clientes na livre expressão dos seus sentimentos e emoções, o que fez com que a definição das três emoções mais difíceis de gerir tivesse que ser adiada para outra sessão (sugestão da enfermeira orientadora). Caso contrário esta sessão teria ficado muito extensa, o que resultava no desagrado de todos.

Mediante o potencial emergente nesta sessão terapêutica julgo que pode ser importante o enfermeiro desenvolver competências a vários níveis, nomeadamente tendo um conhecimento mais aprofundado de alguns

mediadores artísticos, dado que estes são facilitadores da relação terapêutica, com amplo potencial na expressão de emoções e afetos.

Planeando a ação....

Embora por vezes não sinta necessidade de um planeamento rigoroso considero necessária a preparação prévia das sessões, com objetivos, um fio condutor, um foco terapêutico. Estas são competências que estou a interiorizar e que considero serem bastante úteis em toda a prática de âmbito psicoterapêutico quer a nível grupal quer individual.

As próximas sessões que irei apresentar criam em mim alguma expectativa e apreensão, uma vez que gostava que fossem enriquecedoras e motivadoras para os clientes, pois senti da parte destes muita vontade de soluções (que não existem por passes de magia) e também expectativas, como que estando á espera de uma receita para cada uma das emoções que têm dificuldade em gerir.

Apesar de sentir que os clientes esperam algo muito concreto que lhes permita fazer diferente, sinto que também é meu desejo que isso aconteça, que as soluções existam e que eu possa ser portadora de alguma esperança. Contudo, as aprendizagens realizadas e os pressupostos interiorizados da abordagem centrada no paciente tem-me permitido parar, refletir, tentando que os clientes façam o mesmo, motivo pelo qual “apelo” ao autoconhecimento em cada interação que estabeleço.

Desta forma, as próximas sessões serão pautadas pelo apelo á auto consciência que cada cliente deve ter face às suas emoções, pensamentos e ações, incentivando a partilha das mesmas com o grupo, de modo a que o contributo de todos possa permitir descobrir formas alternativas de olhar para uma mesma situação.

Nas próximas sessões penso utilizar outros mediadores da relação, no sentido de um enriquecimento pessoal e profissional e de um maior leque de aprendizagens, a desenvolver futuramente.

Referências Bibliográficas

Martins, D.C.S. (2012). Arte-terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos. Lisboa: Faculdade de Belas Artes. Dissertação de mestrado em educação artística.

2º Diário de intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão de emoções

Descrição da 2ª intervenção

No dia 11 de novembro de 2016 entre as 14.30h e as 16 horas realizou-se na sala de grupo, uma intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão das emoções, previamente combinada com os clientes.

A sessão teve início com o quebra-gelo denominado “balões sentimentais” (descrito em anexo). Estes balões tinham escritas emoções e o objetivo foi que se mantivessem no ar, apelando-se para isso a uma estratégia de grupo. Contudo haviam algumas particularidades, nomeadamente o fato dos balões mais cheios terem escritas emoções consideradas positivas, tais como alegria e felicidade, e os balões mais vazios terem escritas emoções consideradas negativas tais como tristeza, raiva e medo. Para além deste aspeto esta atividade decorria ao som de música, que inicialmente era alegre e passado algum tempo era substituída por uma música mais “melancólica”.

A atividade decorreu ao longo de cerca de cinco minutos após os quais se deu lugar à reflexão acerca desta experiência.

Os clientes foram unânimes em referir que tinham dificuldade em manter suspensos os balões que simbolizavam os sentimentos negativos, logo exigiam uma maior energia e investimento por parte da pessoa que os tinha na sua posse. O oposto se passou com os balões mais leves, que dificilmente se deixaram cair, não necessitando do dispêndio de tanta energia. No que diz respeito à música, basicamente não se aperceberam da mudança ocorrida, uma vez que estavam atentos aos balões para que estes não caíssem.

Todos os clientes verbalizaram que com o decorrer do tempo o grupo foi encontrando estratégias (não houve comunicação verbal), para que todos os balões permanecessem o maior número mais tempo no ar. Isto aconteceu porque alguns clientes basicamente estavam no chão numa luta constante para

manter os balões pesados no ar, enquanto outros sem esforço apenas iam tocando nos balões mais leves.

Após esta reflexão deu-se início à sessão propriamente dita.

Conforme descrito anteriormente as três emoções mais difíceis de gerir não foram escolhidas na sessão anterior dado o prolongar da mesma, contudo esta seleção foi realizada posteriormente com base nas emoções espelhadas com recurso à mediação artística, tendo culminado na escolha da **tristeza, raiva e medo** como as emoções transversais à maioria dos clientes que serão abordadas uma a uma nas próximas sessões.

O objetivo desta sessão em particular visava que os clientes identificassem e espelhassem o significado individual destas emoções, nomeadamente o que pensam, sentem e quais as ações praticadas quando estão tristes, com raiva ou com medo, motivo pelo qual a tomada de consciência destes três aspetos relativamente a cada emoção foi feita através da escrita individual, ao som de uma música tranquila, previamente combinada com os clientes para não introduzir variáveis parasitas.

As respostas dos clientes serão transcritas na íntegra, com o objetivo de um melhor entendimento do seu significado individual, pois cada um transporta em si um entendimento diferente face ao mesmo conceito, objeto, vivência.

UTENTE C.

TRISTEZA

O que penso...é um sentimento interior que nos afeta muito desde homens a mulheres, numa percentagem significativa. É um sentimento que me afeta atualmente, parece que tenho uma massa dentro de mim, que me vai cada dia moendo mais.

O que sinto...sinto algo interior, dentro de mim de uma forma triste, que não consigo lidar e não me dá alegria. Deixa-me completamente devastada. Tenho dias bons e outros em que a tristeza é mais acentuada e aí fico mais frustrada

As minhas ações...choro muito, fico com a ideia de me isolar, ficar na cama, não me chatearem, não falar com ninguém; darem-me um tiro na cabeça; só o que me impede é ter dois filhos e um marido, um trabalho e uma casa; e um trabalho para trabalhar. Tem dias em que só me apetece desistir de tudo.

RAIVA

O que penso...é um sentimento que nos deixa de cabeça quente

O que sinto...ficamos atravessados, só apetece bater em alguém

As minhas ações...tenho muita força para derrubar alguém e bater muito com facilidade; dar pontapés a alguém; eu transpiro muito; fico nervosa, nem consigo pensar em nada, viro bicho; fico a falar muito alto

MEDO

O que penso...é um sentimento que por vezes tenho, é impotente para mim porque desde cedo que faz parte da minha vida, devido aos maus tratos do meu pai. Como me tem acompanhado todo este tempo, não é fácil lidar com o medo, por mais que nos convençamos com a idade que o medo vai desaparecer, nós não conseguimos, aprendemos a controlá-lo

O que sinto...este sentimento cria dentro de nós uma sensação de incapacidade de fazer qualquer coisa ou dizer qualquer coisa. Às vezes construímos histórias que têm o medo em cima e depois quando acaba o medo está lá. É difícil criar nova história, nova ou boa, mas é difícil acreditar nas palavras, mas com a nossa autoestima conseguimos fazer uma história boa.

As minhas ações...fico mais bloqueada, mais retraída, não respondo a nada nem a ninguém, parece que passou um camião por mim, tremo muito.

UTENTE R. M.

TRISTEZA

O que penso...em mil e uma coisas que veem relacionadas

O que sinto...raiva por estar assim

As minhas ações...tento contrariar com outros pensamentos, ou ir ao café ver se está alguém com quem beber uns copos e acabar os meus pensamentos, ou fazer uma atividade mais infantil/inocente, tal com jogar xbox ou montar legos.

RAIVA

O que penso...em vingança, em descarregar em alguém, e por vezes em quem não tem culpa, mas inconscientemente

O que sinto...revoltado, impotente

As minhas ações...descarrego em tudo o que me rodeia: nos mais próximos, na condução mais agressiva, mostro frieza a quem se tenta aproximar

MEDO

O que penso...em que posso não sair da situação e tenho pensamentos tristes e negativos

O que sinto...revolta e impotência por ter dificuldade em ultrapassar

As minhas ações...fico mais frio, mais negativo, sempre a pensar no pior. Tendo a desvalorizar tudo e todos. Fico distante.

Utente D.V.

TRISTEZA

O que penso...nos problemas não resolvidos, de uma forma obsessiva. Encaro esses problemas com pessimismo. Situações do passado que foram dolorosas.

O que sinto...frustração, impotência, tensão física e psíquica

As minhas ações...perco espontaneidade. As ações são feitas com mais esforço

RAIVA

O que penso...coisas negativas em relação aos outros

O que sinto...ofendido, muito frustrado, ressentimento que se prolonga no tempo, fisicamente muito tenso, calor corporal, aceleração cardíaca.

As minhas ações...fuga, engolir, guardar para dentro. Reação violenta, que é pouco frequente.

MEDO

O que penso...no negativo que pode vir a acontecer. Nas situações do passado em que passei por estímulos que desencadearam o medo.

O que sinto...ansiedade, mal-estar geral, bloqueio físico e psíquico, tensão, calor corporal, aceleração cardíaca.

As minhas ações...fuga das situações. Isolamento.

UTENTE H.

TRISTEZA

O que penso...penso no passado, no que perdi, no que poderia ter feito melhor, nos erros que cometi na vida, nas oportunidades desperdiçadas e em como isso afetou a minha situação presente.

O que sinto...fraqueza. Dificuldade em sorrir.

As minhas ações...isolamento e choro, ou às vezes procuro apoio da minha mãe e às vezes do meu pai.

RAIVA

O que penso...retribuição e vingança

O que sinto...preocupação por estar a perder o controlo. O coração a bater mais rápido e forte.

As minhas ações...agressões verbais, sarcasmo passivo-agressivo, ou isolamento e autocontrolo, quando consigo.

MEDO

O que penso...penso em soluções possíveis para a causa do medo e em último caso penso em tomar medicamentos para anestesiar o medo.

O que sinto...sinto o corpo rígido, sinto tremores e espasmos. Tenho dificuldade em respirar, em falar alto e com clareza, em manter contato visual.

As minhas ações...evito as situações que causam medo. Às vezes isolamento e às vezes procuro o apoio do meu pai.

UTENTE A.M.

TRISTEZA

O que penso...penso muito, acomodo-me

O que sinto...mais fraco

As minhas ações...afasto-me

RAIVA

O que penso...não penso, sou mais impulsivo

O que sinto...vontade de expelir

As minhas ações...tendo a interiorizar

MEDO

O que penso...mais nas coisas.

O que sinto...paralisado, sem vontade de agir.

As minhas ações...tento não demonstrar, fujo.

Utente I.C.

TRISTEZA

O que penso...penso muito na minha mãe

O que sinto...tristeza, raiva, angústia

As minhas ações...às vezes fico em casa ou vou para a rua

RAIVA

O que penso...nas pessoas, desilusão

O que sinto...magoa, tristeza e sem interesse nas pessoas

As minhas ações...não falo tanto, fico mais reservada

MEDO

O que penso...na minha doença

O que sinto...angústia

As minhas ações...medo de não conseguir ir trabalhar

UTENTE M. S.

TRISTEZA

O que penso...penso em desaparecer, em chorar, isolar-me, não quero ver ninguém

O que sinto...sinto uma angústia enorme, vontade de morrer, vontade de estar sozinha.

As minhas ações...só choro, cabeça baixa, fechar-me, não sair de casa, no fundo isolo-me.

RAIVA

O que penso...penso em arranhar-me, em bater nos outros, porquê eu? Porque estou assim.

O que sinto...sinto vontade de bater, sinto uma ansiedade enorme

As minhas ações...discuto com os outros, falo alto, ralho muito contra mim própria.

MEDO

O que penso...penso que me querem fazer mal, toda a gente incluindo até os amigos, fico apavorada

O que sinto...sinto falta de ar, sinto o coração a bater com muita força, penso é agora que vou morrer, às vezes transpiro, fico impotente de tanto medo.

As minhas ações...fecho tudo quando estou em casa, escondendo-me quando estou em casa ou fujo das pessoas quando ando na rua, fico apavorada e começo a chorar e começo a tremer muito.

UTENTE S.S.

TRISTEZA

O que penso...vida que não vivi, família e filhos, realização pessoal, realização profissional, infância, futuro, passado

O que sinto...tristeza, angústia, ansiedade, frustração

As minhas ações...bloqueio, escondendo-me, penso ainda mais

RAIVA

O que penso...não tenho raiva, mas sim zangado comigo próprio e com a vida.

O que sinto...ansiedade, medo de ferir os outros, medo de me confrontar, frustração

As minhas ações...não gosto de demonstrar o que sinto, contudo por vezes descarrego a minha frustração nos outros (família próxima)

MEDO

O que penso...família, realização pessoal e profissional

O que sinto...tristeza, zangado, angustiado, bloqueado, ansioso, frustração.

As minhas ações...bloqueio

Após terminarem esta reflexão individual, houve um momento de partilha sobre o que pensaram e sentiram durante a realização da atividade. No sentido de não tornar exaustiva a sessão as respostas individuais iriam ser lidas pelas enfermeiras, que de acordo com as dificuldades percecionadas planeariam a próxima sessão.

O que pensei e senti ...

À medida que a atividade decorreu senti um grande empenho e concentração de cada um dos clientes face à realização da tarefa. Também eu, sentada na mesma mesa fui observando atentamente como cada um dos clientes se envolveu, expressou física e verbalmente durante a mesma. O tempo para a realização desta atividade foi de cerca de 20 minutos, no entanto alguns clientes foram muito rápidos, ao contrário de outros em que houve necessidade de prolongar o tempo para que pudessem terminar. Aos clientes que rapidamente terminaram a tarefa solicitei que pudessem acrescentar mais alguma informação, uma vez que ainda tinham muito tempo. Contudo, senti que este pedido não foi pertinente, uma vez que segundo **I.C** e **A.M** não havia mais nada para escrever.

Enquanto isso, outros clientes gostariam de ter mais tempo e nomeadamente **H.** prolongou em muito o tempo combinado inicialmente.

Pareceu-me que da parte de alguns clientes houve pouca tolerância a esta espera uma vez terminada a tarefa, no entanto conseguiram permanecer sentados em silêncio até ao início da reflexão.

Esta perceção sentida acerca da pouca tolerância a esperar que todos terminassem poderia ter sido devolvida ao grupo, uma vez que é importante que estejamos atentos aquilo que espelhamos no outro, pois muitas vezes não percebemos que aquilo que este nos devolve resulta do nosso comportamento.

Um dos meus pensamentos relativamente a esta atividade (de maneira geral a todas) prendeu-se com o tempo. Considero que o tempo é sempre pouco para que cada um se expresse, o que faz com que haja necessidade de

intervir no sentido de balizar o que cada um diz, para que todos possam falar durante a reflexão.

O que é que isso diz sobre mim? Que também eu tenho dificuldade em gerir o tempo necessitando sempre de mais e mais tempo para poder terminar as tarefas? Será que tenho o mesmo grau de exigência com todas? O que significa para mim a conclusão das tarefas? E a procrastinação? A falta de tempo é mesmo real? Ou as mil e uma tarefas a que me proponho são desculpas para não investir em nenhuma em concreto? Qual é o receio?

Contudo, considero que atingi o objetivo proposto para a sessão e que os clientes se sentiram envolvidos durante a partilha, ficando a pensar também na forma como querem continuar a “transportar” em si estas emoções. Se de uma forma “mais leve” ou “mais pesada”, uma vez que todas as emoções são inerentes a cada um de nós.

Analisando a situação...

Creio que de uma forma geral consegui alcançar os objetivos a que me propus, no entanto fiquei com a sensação que fica sempre muito por dizer. Apesar de mentalmente ter idealizado as várias sessões e a ideia fosse realizá-las, conforme foi referido na construção desta intervenção as sessões iriam sendo realizadas “à medida e por medida” conforme se fossem desenrolando. Como o objetivo não passou pelo debitar informação, esta seria uma intervenção que se prolongaria no tempo, que não coincide com o tempo do estágio. Desta forma e apesar de apenas ser possível realizar mais uma sessão, o que me deixa um pouco triste, fica o compromisso por parte da enfermeira orientadora de continuar a explorar as emoções, neste registo, que é a forma habitual como esta intervém com estes clientes no hospital de dia.

Tenho consciência no entanto que o objetivo destas sessões e das intervenções de âmbito psicoterapêutico não visam mudanças efetivas, sobretudo as realizadas pelos enfermeiros estagiários durante o tempo de permanência na instituição, mas sim a sensibilização dos clientes para a importância, neste caso, de uma gestão mais adaptativa e adequada das emoções.

Contudo, esta sessão foi interessante pela entrega que senti de todos os clientes, que apesar das dificuldades na gestão das emoções, estão receptivos a falar e a expor essas mesmas dificuldades.

De tudo o que falaram existe uma frase verbalizada por **S.S.** repetida neste e noutros contextos que simboliza de alguma forma o que estes clientes têm em comum: “Não consigo ver para além daquilo que sinto”. Quando lhe pergunto o que isto significa refere ser isto mesmo, sem acrescentar mais informação. Ou seja, perante as suas respostas posso imaginar que os sentimentos de tristeza, angústia, ansiedade, frustração, medo e zanga são de tal modo intensos que o impedem de pensar e agir. Ou seja, o bloqueio sentido por grande parte dos clientes impede-os de pensar e agir de outro modo, como que se estivessem dentro de uma espiral, sem que dela consigam sair. Penso que é como se o caminho só tivesse uma saída e por mais que existam placas a apontar noutras direções, não conseguem sair desta estrada, nem sequer tentar.

Como me sinto perante esta impotência? Perante esta desistência de lutar? Ou pelo menos tentar?

Embora ciente das dificuldades e situações traumáticas vivenciadas e sentidas por estes clientes, tenho dificuldade em aceitar que este bloqueio e paralisia os impeça de ver outros caminhos, que mesmo sendo dolorosos podem abrir outras janelas nas suas vidas.

Estou no entanto a interiorizar que cada pessoa tem o seu tempo, o seu espaço e o direito a não tentar. Mas a verdade é que o meu ímpeto me leva a querer que os clientes ajam e reajam, seguramente tendo em mente o que considero ser o melhor para eles. Por vezes faço-o com tanta vontade e determinação que até parece que consigo fazer a diferença. Até parecem reagir...

Mas será isso empatia? Certamente não.

Será que tenho dificuldade em aceitar que os outros podem querer desistir?

Será que para mim a palavra desistir não faz parte do dicionário? O que significa isso? Que não posso falhar?

Penso que não, pois falhar e errar é algo que não me assusta. Assusta-me sim não tentar, não errar, não me colocar á prova e não me desafiar.

Mas não é isso que estes clientes conseguem fazer neste momento e por isso talvez consiga ser mais simpática do que empática, pois tenho dificuldade em colocar-me no lugar do outro, aceitando as suas dificuldades, que os bloqueiam, impedindo-os de agir e muitas vezes reagir, ou quando o fazem são impulsivos, logo muitas vezes desadequados.

Concluindo...

Considero estas intervenções em grupo bastante importantes, sendo esta uma possibilidade de perceber as dificuldades vivenciadas por cada um dos clientes. Apesar de ser difícil conseguir que todos os clientes usufruam do mesmo tempo para falar, constato que nem todos necessitam do mesmo tempo para se expressarem, seja porque não querem ou não conseguem. Contudo, é importante que o “enfermeiro” esteja atento e consiga apelar ao envolvimento de todos, pois é também durante estes momentos que ocorrem os fenómenos grupais, tais como transferência, contratransferência, importantes de entender, balizar, mas também devolver ao grupo com o intuito do seu crescimento e desenvolvimento, não só grupal mas e acima de tudo individual.

Contudo, considero que mesmo nos momentos em que apenas assumem o papel de ouvintes também eles estão a pensar sobre o que é dito e expresso (muitas vezes em linguagem não-verbal) o que lhes permite outra visão sobre a mesma realidade.

Planeando a ação....

Sendo o foco desta intervenção a gestão das emoções, importa referir que esta é uma dificuldade identificada nos clientes que frequentam o hospital de dia, e por isso as intervenções realizadas diariamente com os clientes visam nalguns momentos sensibilizá-los para a gestão adequada das mesmas.

Desta forma, é importante estar atenta para esta temática, que no fundo é transversal não só a clientes com perturbação da personalidade, mas de maneira geral nas várias doenças do foro psiquiátrico.

Apesar das sessões de grupo terem potencialidades inigualáveis, por vezes é importante e necessário ser realizado um trabalho terapêutico individual, uma vez que este se reveste de outras virtualidades.

Embora essa abordagem não tenha sido desenvolvida formalmente neste campo de estágio, considero-a como uma mais-valia a ser explorada.

Ainda no sentido da mudança terapêutica que pretendo ver no outro é importante a realização de um trabalho mais profundo de autoconhecimento, no sentido de conseguir ter uma atitude mais empática, congruente, de aceitação positiva incondicional, tendo em consideração o quadro interno de referência do cliente.

3º Diário de intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão de emoções

Descrição da 3ª intervenção

No dia 23 de novembro de 2016 entre as 14.30h e as 16 horas realizou-se na sala de grupo uma intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre gestão das emoções. A sessão foi previamente combinada e estiveram presentes 11 clientes.

A sessão teve início com o quebra-gelo denominado “Grito de guerra” (descrito em anexo), que entre outros objetivos visava facilitar a expressão da agressividade.

Após a explicação do quebra-gelo, o grupo foi incentivado a dar início à atividade. Contudo, existiu uma certa hesitação e constrangimento por parte dos clientes face ao início da mesma.

À medida que a atividade foi decorrendo alguns clientes ficaram um pouco mais confiantes, tentando gritar com mais convicção. Houve no entanto necessidade de um forte estímulo externo, por parte dos profissionais e elementos do grupo que aguardavam a sua vez (bater de pés, mãos e sons vocais) para que não houvesse nenhuma desistência.

Posteriormente solicitou-se a descrição de uma situação real que suscitasse “Raiva” para posterior dramatização. O objetivo da atividade visou a reflexão e consciência dos comportamentos, sentimentos, emoções e ações praticadas em situação real e a sensibilização dos clientes para alternativas mais adaptativas em situações futuras semelhantes.

O cliente **A.M.** teve a iniciativa de partilhar uma situação geradora de “Raiva” (sentimento expresso em quase todas as atividades realizadas anteriormente) que descreveu o mais pormenorizadamente possível com vista à sua dramatização.

A situação descrita (uma das causas da sua baixa e doença) ocorreu no seu local de trabalho. A caracterização que faz da sua profissão é que esta é complicada e geradora de *stress*, uma vez que existe muita pressão sobretudo por parte das chefias. O facto da linha de comboio onde trabalha ser frequentada por um grande número de passageiros que não cumprem os regulamentos, nomeadamente por não possuírem bilhete para frequentar o comboio, coloca os revisores num papel considerado de risco. Estes profissionais na tentativa de cumprirem o seu dever, são obrigados a confrontarem os clientes, nomeadamente aqueles que imaginam que podem não ter bilhete, sendo na grande maioria das vezes alvo de injúrias e comportamentos desafiadores.

Embora existam figuras de autoridade cuja função é a de balizar este tipo de situações, alguns revisores entendem que também eles devem atuar com vista a repor a ordem, o que motiva muitas vezes o confronto e a agressividade, que neste caso culminou em repercussões graves na saúde psíquica deste cliente.

Após a descrição da situação foi pedida a colaboração de outros clientes do grupo para a dramatização, que acederam prontamente. Logo, **A.M.** assumiu o seu papel de revisor, **D.V.** adotou o papel de frequentador do comboio que não possuía o bilhete e **S.S.** fez de agente da autoridade.

INÍCIO DO ROLE-PLAYING

Segundo Ramalho (2010) o role-playing é uma técnica que permite o treino de papéis específicos, com o objetivo de reproduzir situações vividas ou imaginadas, no pressuposto de que, ao representá-las, os sujeitos possam ver com maior nitidez os caminhos e as dificuldades que apresentam ou possam vir a enfrentar em situações futuras.

A.M. entrou na carruagem onde decorreu a situação descrita. Mostrou uma atitude um pouco apreensiva e alguma rigidez corporal quando se dirigiu ao passageiro que imaginou não ter bilhete. **D.V.** faz o papel de um passageiro sentado no banco da frente que apresenta uma atitude descontraída, porém desafiadora. Quando lhe foi solicitado o bilhete, respondeu que não o tinha. Isto

criou imediatamente apreensão e tensão no revisor, que optou por chamar o agente da autoridade sentado no banco mais próximo. **S.S.** o agente da autoridade foi ter com **D.V.** pedindo-lhe para apresentar o bilhete e este mais uma vez refere não ter, dizendo inclusivamente para não o chatearem. Face ao clima de alguma tensão criada pela atitude e comportamento do passageiro que se põe em pé mostrando alguma irreverência, o agente da autoridade envolve-se fisicamente com ele. Este tenta fugir mas foi intersetado por **A.M.** que o imobiliza. Após estar imobilizado no chão, **A.M.** retira-lhe os sapatos e deita-os para longe para que este não possa fugir. No entanto é isso que acaba por acontecer quando a porta da carruagem se abre.

TÉCNICA DO ESPELHO

De acordo com Ramalho (2010) nesta técnica o terapeuta coloca-se na postura que o paciente assume em determinado momento da dramatização, com o objetivo de permitir que este ao olhar para si de fora da cena, perceba todos os aspetos nela envolvidos.

Recorrendo á técnica do espelho, o cliente que partilhou e dramatizou a sua história ficou a observar o seu comportamento e atitude, interpretada por outro cliente do grupo.

Neste caso o lugar foi ocupado por **A.C.** Os outros dois elementos desempenharam os mesmos papéis. **A.M.** conseguiu transmitir de uma forma muito aproximada a postura e atitude de **A.M.** o que lhe permitiu visualizar os seus comportamentos e atitudes naquela situação em particular.

Posteriormente efetuou-se a reflexão partilhada acerca dos vários momentos da atividade, onde todos os elementos do grupo expressaram a sua opinião.

Nesta reflexão houveram basicamente duas opiniões assumidas pelos vários elementos do grupo. Por um lado, apelou-se a uma atitude menos interventiva e menos tensa quando se suspeitava que o passageiro não tinha bilhete. Quem assumiu esta posição era da opinião que os revisores não deviam colocar a sua integridade física e psíquica em risco, no entanto esta postura deveria ser salvaguardada dando-a a conhecer às entidades superiores

(chefes). Por outro lado existiu uma postura inflexível assumida por **A.M.** e por **S.S.** que apelavam ao cumprimento do dever e desta forma não havia outra solução que não a apresentada, independentemente das consequências. Segundo **A.M.** as chefias queriam o cumprimento do dever, não havendo por isso outra alternativa.

O que pensei e senti ...

A realização desta intervenção com a emoção “raiva” afigurava-se como difícil, uma vez que geralmente está associada a uma carga negativa. Contudo, uma vez que foi uma das emoções expressa por vários clientes nos diferentes contextos, era importante não só falar, pensar e refletir sobre ela, mas sobretudo transmitir uma perspetiva mais adaptativa da mesma.

O role-playing e a técnica do espelho são uma mais-valia na abordagem destas temáticas. Contudo, a reflexão posterior permitiu-me perceber a dificuldade e rigidez de alguns clientes para conseguirem visualizar a mesma situação de outro prisma.

Apesar das várias tentativas de questionamento para que os clientes pudessem olhar para a situação “com outros olhos”, tal não foi possível, o que me criou uma certa contra atitude, pois estes não estavam a conseguir ver o que me parecia óbvio, posicionando-se no lado do conflito em prol do cumprimento do dever, com graves consequências em termos do bem-estar físico e psíquico dos profissionais.

No entanto e á posteriori questiono-me sobre o que é que é assim tão óbvio?

Para quem é que é óbvio?

Porque é que pelo menos os clientes não consideram a possibilidade de haver estratégias mais adaptativas?

Terão eles um pensamento tudo ou nada?

E o meio-termo?

Apesar de sentir pouca flexibilidade tentei reforçar que se a raiva for usada adequadamente pode alertar para perigos, dar energia, originar novos pensamentos e informações, motivo pelo qual não devemos desvalorizar esta emoção mas olhar para ela com clareza, compreendendo o que nos quer dizer e de que outra forma a podemos canalizar.

Contudo penso que o objetivo a nível da sensibilização “para outros olhares” foi alcançado, uma vez que o facto de gerar várias opiniões poderá trazer novos insights a cada um dos clientes.

De referir que esta abordagem está presente nas intervenções realizadas no hospital de dia, o que promove a criação de caminhos alternativos, mais adaptativos e funcionais.

Analisando a situação...

Segundo Goleman (1995) a raiva é uma emoção básica caracterizada por uma reação acompanhada de manifestações a nível fisiológico, nomeadamente tensão alta, taquicardia, aumento de determinadas hormonas, nomeadamente a adrenalina que cria um impulso para uma atuação mais vigorosa.

De acordo com Izard citado por Silva (2011) o impacto desta emoção é também manifestado a nível cognitivo, onde a raiva se caracteriza pela inexistência de autocontrolo ou dificuldade em manter a calma e onde os episódios de decepção e revolta podem dar lugar a ruminações cognitivas perseverantes, possibilitando o desenvolvimento de pensamentos obsessivos que culminam na irritabilidade do sujeito para com o objeto.

Os comportamentos que advêm desta emoção podem traduzir-se em violência verbal, onde estão presentes os gritos, insultos, ameaças entre outros e na violência física que se manifesta através das agressões, lutas, empurrões, entre outras manifestações da mesma.

Estes aspetos estiveram todos presentes na situação que foi dramatizada e que sendo inicialmente uma emoção patente em **A.M.** percebeu-se que rapidamente invadiu **S.S.** que não se conseguiu dissociar mantendo

este pensamento inclusive na reflexão. Isto deve-se possivelmente a um funcionamento comum a ambos os clientes que conforme referido anteriormente dão lugar a ruminações cognitivas difíceis de alterar.

É interessante contudo perceber que nesta situação, outros clientes com dificuldade em mudar o seu registo obsessivo de pensamento, nomeadamente **D.V.**, talvez por ter tido um papel mais desafiador, conseguiu pensar em formas mais adaptativas de resolver a situação, colocando como hipótese a possibilidade de não ter que haver este confronto com situações que á partida poderão ter um desfecho mais disruptivo. Ou seja, apesar de ter assumido um papel no qual também podia ter extravasado a sua raiva, conteve-se na manifestação da mesma.

Existiram contudo outros clientes, que embora noutras situações tenham verbalizado alguma raiva, inclusivamente dirigida ao Outro ou a Objetos, nesta situação, talvez por não se terem identificado com a mesma, adotaram uma postura mais passiva.

Segundo Strongman citado por Almeida (2010), a raiva é uma emoção geralmente considerada negativa, uma vez que está muitas vezes associada á agressão, hostilidade e violência, entendidas como negativas pela sociedade. No entanto, esta não deve ser apenas sentida como negativa mas também como funcional, pois proporciona ao indivíduo energia para a sua defesa, incluindo a organização e regulação de processos fisiológicos e psicológicos relacionados com a autodefesa e com o domínio, além da regulação dos comportamentos sociais e interpessoais.

Este aspeto foi referido várias vezes ao longo da reflexão no sentido de proporcionar aos clientes outra visão, desta emoção aparentemente negativa, com o objetivo de retirar o peso que por vezes sentem, uma vez despoletada.

Penso que no final da sessão alguns clientes perceberam que não são os acontecimentos em si que geram as emoções, mas as interpretações realizadas a partir das situações que despoletam os sentimentos.

Concluindo...

Destaco mais uma vez a relevância destas dinâmicas de grupo, uma vez que encerram um potencial gerador de sensibilização e mudança. A riqueza das aprendizagens tendo por base as situações do próprio e posteriormente aquilo que os Outros lhe devolvem sobre as suas atitudes, comportamentos, linguagem verbal e não-verbal permitem um olhar para dentro e um questionamento propício a grandes transformações. Contudo, dadas as fragilidades e a personalidade inerente a cada um dos clientes que frequenta o hospital de dia este é um longo caminho que necessita ser percorrido. Muitas vezes as mudanças ocorrem, nomeadamente ao nível do questionamento que o próprio se vê obrigado a fazer, fruto de um trabalho que decorre ao longo de vários meses. No entanto a dificuldade continua em passar á ação de forma mais adaptativa e funcional.

Planeando a ação....

As técnicas de intervenção psicoterapêuticas utilizadas neste contexto são uma mais-valia para intervir junto destes clientes. Apesar de ter pouco conhecimento nesta área as diretrizes e o acompanhamento proporcionado pela enfermeira orientadora permitiram-me perceber o seu potencial e a sua aplicabilidade, o que tornou possível a realização da sessão.

Considero no entanto importante o domínio destas técnicas, que nem sempre são possíveis de aplicar em todos os contextos, nomeadamente com clientes em fase aguda no hospital onde exerço funções, motivo pelo qual não se torna uma necessidade premente.

Embora esta tenha sido a última sessão formal realizada, penso que os pressupostos inerentes ao planeamento das sessões foi desenvolvido e assimilado e a realização das mesmas traduziu-se em fonte de aprendizagem na ação. Contudo, só a continuação da prática permite uma maior confiança e segurança na abordagem quer individual quer em grupo.

A realização destas sessões são uma das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, e é através da utilização de técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que este pretende aumentar o “insight” do cliente, de forma a permitir-lhe libertar as tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes, para além de lhe permitir fazer escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.

Apesar das intervenções do enfermeiro, serem promotoras de mudança nos clientes, as sessões que realizei apenas permitiram a *sensibilização para a importância de uma gestão emocional adequada*, o que foi perceptível dada a manifestação e verbalização de interesse dos clientes por esta temática.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. (2010). *O emocional nos desvios comportamentais*. Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates
- Ramalho, C. (2010). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. Aracaju
- Silva, C. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto

Apêndice IV

Reflexão sobre a relação de ajuda/terapêutica, pressupostos teóricos e reflexão sobre a prática

Reflexão sobre a Relação de ajuda/terapêutica, pressupostos teóricos e reflexão sobre a prática

Descrição da situação

A reflexão espelhada nestas páginas traduz a tomada de consciência dos sentimentos, pensamentos e intervenções realizadas nas primeiras semanas de estágio no Hospital Prisional São João de Deus. Este estágio com a duração de oito semanas tem como principal objetivo a construção de uma relação terapêutica, nomeadamente com os clientes que apresentam o diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade.

Apesar de algumas expectativas, construções e fantasias relativamente a este local de estágio; uma vez que apresenta particularidades físicas, humanas e regras próprias de um hospital prisional; não senti receio relativamente à minha segurança física, mas algum no que concerne à intervenção que pretendia estabelecer.

Todavia no primeiro contacto com a instituição senti o ambiente físico hostil, porque muito frio (era inverno), logo pouco acolhedor e na enfermaria tive uma imagem de pessoas fisicamente muito doentes, pálidas, todas de pijama e robes cinza claros, a fumar e a deambular de forma errante para um lado e para o outro no corredor, o que também me causou um impacto negativo.

Esta imagem e estes sentimentos foram-se esbatendo ao longo dos dias, em virtude do acolhimento caloroso por parte da enfermeira orientadora, toda a equipa multidisciplinar e pelos próprios clientes, que apesar de estarem doentes não tinham o aspeto inicialmente percecionado.

...

A interação com a maioria dos clientes aconteceu nos três primeiros dias, onde estive apenas em observação, no entanto numa fase posterior a atenção foi direcionada para os clientes que apresentavam diagnóstico de

Perturbação da Personalidade Borderline descrita não só pela enfermeira orientadora mas também nos respetivos processos clínicos.

A atuação dos enfermeiros que cuidam dos clientes “dentro das grades” embora condicionada por algumas regras específicas próprias de um hospital prisional têm ou devem ter como foco de intervenção o cliente que é recluso e não o recluso que está doente, não sendo por isso importante o motivo da sua detenção mas o tratamento da sua situação clínica neste caso do ponto de vista das doenças infecciosas, tais como síndrome de imunodeficiência adquirida, tuberculose pulmonar, hepatite B e C entre outras.

Sabendo de antemão estas premissas fui apanhada de surpresa quando os clientes iam descrevendo o percurso que os conduziu até ao estabelecimento prisional e atualmente ao hospital prisional. Todavia, dei por mim algumas vezes interessada nesse percurso e nos meandros que o envolvem, nomeadamente “apelando” á “criatividade” (utilizada a favor de comportamentos desviantes) que estas pessoas desenvolvem neste ambiente, no sentido de perceber as dinâmicas, regras e o contorno das mesmas, bem como as suas vivências na maioria dos casos ao longo de vários anos e várias detenções.

Uma vez que inicialmente não ia “preparada” para uma intervenção de âmbito terapêutico, numa das interações informais com um dos clientes percebo á posteriori a **expressão de espanto** que fiz quando me disse “ já matei aqui um homem” (sic)

A descrição sumária desta situação não tem como objetivo a sua análise (realizada no registo de intervenção de enfermagem) mas será o mote para conduzir esta reflexão sobre alguns dos pressupostos teóricos subjacentes á relação de ajuda/terapêutica, pressupostos teóricos e reflexão sobre a prática.

O que pensei e senti ou o que senti e pensei...

Devo dizer que o impacto negativo ao olhar para os clientes foi em parte condicionado pela leitura de um livro sobre as atrocidades vividas num campo de concentração, onde o escritor relata a sua experiência. Logo, o meu

pensamento de alguma forma estava condicionado por essa imagem e olhar para os clientes de cabelo curto e todos vestidos de igual trouxe-me à memória a hostilidade descrita.

Contudo esta esbateu-se após os primeiros contatos, pois grande parte dos clientes não sentia a hostilidade por mim percebida e conseguia projetar-se no futuro e pensar “fora das grades”, o que nalguns casos considero surpreendente, uma vez que viveram grande parte da vida em ambiente prisional.

Também o frio por mim sentido (pois era Inverno e as janelas estavam abertas) não era transversal aos clientes, o que me apaziguou um pouco mais.

Depois de interagir com os clientes e chegado este momento de reflexão dou por mim a colocar algumas questões, tais como:

Será que sinto e depois penso ou penso e depois sinto?

Estarei eu mais uma vez a querer complicar?

Será fácil estabelecer uma relação terapêutica?

Não deve ser esta uma das competências da enfermeira?

Qual tem sido o meu papel como enfermeira ao longo destes anos?

Será que o desconforto que senti e por vezes sinto é porque esta forma de atuar não é aquela que costumo utilizar mais frequentemente nas minhas intervenções?

Será isto um sinal de incompetência?

Estas são de fato questões que me coloco e refletem o meu mal-estar pela linguagem não-verbal utilizada ao ter acesso aquela afirmação e constatação em particular.

A sensação de incompetência pensada e depois sentida fez-me parar para refletir sobre a forma como sou e quero ser enquanto profissional e como me quero sentir na relação com o outro, extensível não só às relações profissionais mas também pessoais, pois o que somos e possuímos “enquanto

instrumento de trabalho” reflete-se positiva ou negativamente no crescimento e desenvolvimento do outro.

Apesar da interação com alguns clientes com este diagnóstico no primeiro local de estágio, percebo que a situação de doença física, o contexto prisional e o facto de esta ser uma intervenção dual acresce-me mais responsabilidade e o desenvolvimento de mais competências para intervir terapêuticamente.

Embora considere que o “Outro” tem a solução dentro de si e enquanto profissionais apenas devemos acompanhá-lo nesta descoberta, o facto é que nem sempre tem sido esse o meu “modus operandi” privilegiado.

Analizando a situação...

As leituras realizadas, bem como as orientações tutoriais que foram decorrendo ao longo dos vários meses desde o início dos estágios fizeram-me crer que estava envolta numa situação e num tema tão delicado, que possivelmente no final seria impossível apresentar resultados credíveis, palpáveis, resultantes de um trabalho de especialista e muito menos de uma futura “mestre” em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Embora confusa e receosa do lugar onde este caminho me iria conduzir; mas com a certeza de que o processo embora com pedras no caminho estava a ser um desafio; creio que não era altura de alterar a rota mas antes de balizar o trajeto.

Partilhando o pensamento de Peplau estou ciente de que os cuidados a todos os clientes e não só os do foro psiquiátrico devem ser verdadeiros cuidados terapêuticos, onde o enfermeiro para além de valorizar a doença deve ter também como foco da sua intervenção uma orientação onde o significado psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos deve ser explorado e incluído nas intervenções de enfermagem.

Verifico no entanto que estes aspetos nem sempre foram uma prioridade nas intervenções que realizei e realizo e que o facto de apenas recentemente ter contacto com conceitos tais como os que estão presentes na teoria de

Peplau, Rogers, Lazure e Chaliffour, se refletem na intervenção e me transmitem uma sensação de ainda estar a pisar num terreno onde me sinto pouco confortável.

Nos primeiros dias em que estive em observação fui interagindo com vários clientes e nomeadamente com os que seriam o alvo das intervenções a que me proponho e que foram identificados pela enfermeira orientadora como apresentando características contempladas na perturbação da personalidade Borderline. Contudo estas interações inicialmente realizadas num contexto informal assumiram por vezes as características de uma conversa social.

Numa fase posterior, no qual o encontro foi previamente combinado já foi possível ter consciência da relação, clarificar, perceber o outro e a disponibilidade deste para falar e pensar sobre sinal algum aspeto que fosse importante para ele, o que se poderá traduzir numa intervenção terapêutica.

Embora a projeção das decepções, angústias, medos, vivências, expectativas, desejos e culpa sentida pelos clientes estivesse presente em ambos os contextos (informal e formal) foi mais fácil a interação e intervenção terapêutica no contexto formal do que informal, pois considero que tanto o cliente como eu estivemos mais disponíveis para pensar e refletir sobre o que era dito tanto verbal como não verbalmente.

Contudo algum do desconforto sentido á posteriori, uma vez que não me sinto constrangida na relação, julgo estar relacionado com os pressupostos teóricos inerentes á própria relação, tais como a noção de transferência, contra transferência, linguagem verbal e não-verbal, identificação projetiva, operações defensivas, manipulação, sedução, entre outros aspetos presentes na relação, nomeadamente quando perante pessoas com características de perturbação da personalidade, o que me trouxe alguns sentimentos contraditórios.

Poder-se-á empatizar genuinamente com estes clientes? E aceitá-los incondicionalmente? Estarão eles a manipular-nos? Será que é assim tão perceptível a manipulação? Devemos recriar a manipulação? E a sedução?

Será que inicialmente deve ser feito algum tipo de intervenção ou devemos deixar fluir o pensamento do cliente, e intervir apenas á posteriori?

Quando devolver ao outro algumas incongruências? Será que não somos rejeitados? Como se sentem os clientes quando vêm alguém de novo que está presente pontualmente para falar com ele? Será que se sente usado? Alvo de experiências? Será que se sente especial?

Será que no final do estágio a construção da relação terapêutica já deve estar sedimentada com reflexo nos pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos do cliente com o qual se interage? Será que estar a antecipar o fim do que ainda só agora se está a iniciar permite estar tranquila e atenta ao outro e à construção da relação terapêutica?

Analisando a situação à luz de todas as questões que fui colocando, transporta-me para algumas premissas que devem ser interiorizadas, ou seja as tais balizas que delimitam a relação, mas que não impedem um fluir harmonioso, tranquilo, um espaço de partilha e de mudança.

Assim, segundo Kernberg (1991) o terapeuta, neste caso o enfermeiro que trabalha com clientes com perturbação Borderline deve permanecer aberto e disponível tanto às suas reações de transferência, quanto às respostas contratransferenciais, devendo atuar de forma sólida, segura, previsível, de acordo com um conjunto de regras que guie o seu comportamento e atitude, ou seja, no entender do autor deve “assumir um papel”, diferente do papel do cliente. Assumir este papel inclui também a adesão a uma **postura** terapêutica, que inclui um conjunto de atitudes tais como a neutralidade, respeito pelo paciente, escutar com uma mente aberta, manutenção do contacto com as próprias associações e afetos, para além de inviabilizar qualquer ação que não sirva os interesses do cliente.

Ciente destes pressupostos básicos o enfermeiro deve parar para refletir, nomeadamente a nível das reações de contratransferência, sobre o motivo pelo qual são despoletadas e se possível deverá reconhecer a inadequação do seu comportamento frente ao cliente como primeiro passo para restaurar a neutralidade técnica.

Segundo a formulação de Heinrich Racker citada por Kernberg (1991) existem dois padrões distintos de contratransferência que são a concordante e

a complementar. Nas respostas concordantes existe uma identificação com o estado emocional subjetivo central do cliente. Nas respostas complementares existe a identificação “com o outro significativo tal como experienciado ainda que rejeitado, dissociado e projetado pelo paciente.”

Os clientes com os quais estou a construir uma relação terapêutica, projetaram em mim as vivências disfuncionais, as vidas desestruturadas, os consumos de estupefacientes, bem como toda uma vida sem limites, o que culminou na detenção e os predispôs às atuais doenças. Contudo e envolvida na relação com os clientes existe a tendência para considerar que dadas as suas histórias de vida e modelos de referência dificilmente estas pessoas poderiam ser e agir de outra forma. Será isto aceitação incondicional, contratransferência concordante?

Aceitar não significa no entanto atestar que não é possível fazer de outra maneira...

É isso que se pode construir com estes clientes? Outros caminhos? No aqui e agora? É devolver-lhes as incongruências que por vezes apresentam no discurso? Devolver-lhes que embora por vezes queiram escolher determinado caminho, tem tendência a desviar-se quando anteveem dificuldades?

E se tivessem tido uma vida sem estes abandonos, sem estas dificuldades, será que continuava a sentir a mesma empatia?

Como consigo sentir empatia por alguém que me diz que matou outra pessoa com uma pedra? Porque me fala de arrependimento? Porque era ele ou o outro?

Se essa imagem e pensamento atualmente ainda ocupa espaço dentro de si; porque me diz que todos os dias pensa nisso; devo acreditar?

Parece haver coerência entre o que diz e a forma como o diz. Será que o tempo e as vivências conseguem operar transformações positivas na forma de ser e estar destes clientes? Serão estas intervenções terapêuticas geradoras de mudança nos outros?

Segundo Castonguay e Beutler citados por Cruz (2011), as três condições centrais defendidas por Rogers: a empatia; a aceitação positiva; e a congruência no que se refere às perturbações da personalidade:

“Têm recebido apoio, pelo menos indirectamente, na sua associação com a mudança positiva, realçando-as como princípios prováveis indissociáveis do processo de mudança. As recentes pesquisas sobre resultados e relacionamento terapêutico têm assim validado as três condições centrais como fundamentais para a eficácia terapêutica.”

Segundo Botelho (2014) as relações terapêuticas de sucesso “são pautadas pela disponibilidade para ouvir, respeito, gentileza, proximidade e pelo suporte por parte do enfermeiro, sendo estes, valores onde o ser humano se revela profundamente”. É ainda importante o interesse genuíno, sinceridade e compreensão, o que implica por parte do profissional a disponibilidade de tempo, compreensão e perícia.

Segundo Shout e Zeelen citado por Botelho (2014) existem qualidades pessoais do enfermeiro no estabelecimento do contacto e na aquisição de confiança por parte dos clientes tais como a flexibilidade, otimismo, resistência ao stress, compromisso, um certo grau de compaixão/solidariedade e atitude reflexiva. Contudo, mais do que possuir estas qualidades por si só, o que parece importante para o estabelecimento da relação terapêutica é a capacidade que o enfermeiro deve possuir para refletir sobre as suas falhas.

Ou seja, é necessário estar atento á relação e refletir sobre o impacto que o cliente tem em nós, pois este irá refletir-se em tudo o que lhe é devolvido, nem sempre com um objetivo terapêutico.

Estar ciente no entanto, que este trabalho de reflexão pode e deve ser realizado num primeiro momento de forma solitária, mas não pode nem se deve esgotar aqui, carecendo da validação e supervisão e até de psicoterapia individual, no sentido do enfermeiro estar consciente de si na relação, para que esta se constitua como uma verdadeira relação terapêutica.

A propósito desta relação “terapêutica” e do “envolvimento” emocional que esta pode comportar por vezes vejo-me envolta em sentimentos difíceis de perceber e explicar. Porém, a leitura da tese “O amor na relação terapêutica em

enfermagem” aclarou e acalmou os meus sentimentos, pois segundo Pereira (2015) o amor pode existir na relação terapêutica e manifestar-se de várias formas, nomeadamente por gestos securizantes, por estar em sintonia; por estar ligado, por deixar que o outro apareça, por hospedar o outro em mim.

Assim faz sentido este pequeno texto de Lewis, citado na mesma tese, pois elucida a vulnerabilidade a que nos expomos quando estamos verdadeiramente em relação com o outro.

“Amar é ser vulnerável. Ame qualquer coisa e seu coração irá certamente ser espremido e possivelmente partido. Se quiser ter a certeza de mantê-lo intacto, não deve dá-lo a ninguém, nem mesmo a um animal. Envolve-o cuidadosamente em passatempos e pequenos confortos, evite todos os envolvimento, feche-o com segurança no esquite ou no caixão do seu egoísmo. Mas nesse esquite – seguro, sombrio, imóvel, sufocante – ele irá mudar. Não será quebrado, mas vai tornar-se inquebrável, impenetrável, irredimível. A alternativa para a tragédia, ou pelo menos para o risco da tragédia é a danação. O único lugar fora do céu onde você vai poder manter-se perfeitamente seguro contra todos os perigos e perturbações do amor é o inferno.”

Concluindo...

Apesar da leitura de alguns livros e textos sobre os pressupostos da relação terapêutica, constato que a prática se afigura mais difícil, motivo pela qual a tomada de consciência da mesma carece de reflexão para uma intervenção promotora de mudança e crescimento para o doente, uma vez que este tipo de intervenção promove um espaço com potencial reparador, possibilitando ao doente fazer face às suas dificuldades e sofrimento.

A relação terapêutica é uma das formas de intervenção mais frequentes no quotidiano de enfermagem de saúde mental, dado que as necessidades dos clientes são sobretudo relacionais, motivo pelo qual o enfermeiro pode desenvolver esta relação num tempo e espaço específico ou acontecer de modo imprevisto, o que implica da parte deste um objetivo, de preferência terapêutico.

É importante por isso que o enfermeiro se conheça a si mesmo e se analise enquanto interveniente nesta relação, para além de desenvolver qualidades pessoais que beneficiem a relação com o cliente. Deve também ter

uma consciência profunda dos limites da relação terapêutica, uma vez que são estes que estabelecem as fronteiras para este tipo de abordagem que se entrecruza com a abordagem de âmbito pessoal e social. Segundo Pereira (2015) os limites terapêuticos, o que pode ser dito e feito, devem ser balizados e objetivados, pois corre-se o risco de sair do domínio profissional entrando-se no domínio social e pessoal, que segundo Dziopa e Ahern citados por Pereira (2015) sendo abordagens aparentemente mais simples, são as que representam um maior desafio e maior perícia, experiência e conhecimento profissional.

Sabendo que o objetivo desta aprendizagem visa sobretudo o estabelecimento de uma relação terapêutica, onde se pretende que os clientes reflitam e desenvolvam estratégias para fazer face aos seus problemas emocionais, questiono-me se tem sido sempre este o foco da intervenção, ou se o pessoal e social se entrecruzam dada a amplitude do objetivo.

Acredito no entanto que a disponibilidade e recetividade dos clientes para os encontros revela que a relação está estabelecida e tem sido promotora de reflexão sobre algumas das suas dificuldades, nomeadamente sobre o desenvolvimento de estratégias para fazer face aos problemas emocionais, á solidão, á rotina e às expectativas.

Devo no entanto tentar ser mais focal, nomeadamente ao conseguir balizar melhor o tempo, pois o facto de o TEMPO ser sentido por mim e pelos clientes como infinito durante as horas em que permaneço na instituição, faz com que os encontros se prolonguem muito para além do que poderá ser entendido como ideal para uma relação terapêutica.

Planeando a ação....

Não basta saber a teoria é necessário aplicá-la na prática...

Conforme referido anteriormente é de extrema importância o delinear de um objetivo terapêutico, balizado por princípios éticos, deontológicos, inerentes ao próprio estabelecimento da relação terapêutica, motivo pelo qual é necessário antecipar e preparar o encontro terapêutico.

O fator tempo é algo ao qual também deverei estar mais atenta e isso deve ser anteriormente combinado com o cliente, uma vez que considero ser mais “contentor” da relação.

Uma vez na relação, há que assumir uma **p**ostura terapêutica e estar (ou melhor **Ser**) munido de um conjunto de qualidades pessoais que permitam o crescimento e mudança do outro com quem interagimos. Para isso é importante este trabalho reflexivo, bem como a supervisão e caso se afigure necessário a realização de psicoterapia individual

Sendo as supervisões fundamentais neste percurso considero importante partilhar mais frequentemente com a orientadora da instituição e professor orientador as interações estabelecidas com os utentes.

Referências Bibliográficas

- Botelho, M., Pereira, P. (2014) Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. Pensar enfermagem. Vol.18 nº2, 2º semestre.
- Cruz, I. (2011). A mudança narrativa em terapia centrada no cliente. Universidade do Minho. Tese de doutoramento.
- Pereira, P. (2015). O amor na relação terapêutica em enfermagem: experiência vivida do enfermeiro de saúde mental. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa
- Kernberg, O. Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline. Porto Alegre: Artmed, 1991.

Apêndice V

Reflexão sobre o princípio, o meio e o fim da Relação Terapêutica

Reflexão sobre o princípio, o meio e o fim da **R**elação **T**erapêutica

Descrição da situação

Esta reflexão pretende espelhar os sentimentos e a experiência vivida na construção da “relação terapêutica” com clientes com o diagnóstico de perturbação Borderline, durante o estágio no internamento de um hospital prisional.

No primeiro estágio realizado no hospital de dia de saúde mental e psiquiatria, as intervenções terapêuticas individuais tiveram lugar pontualmente, uma vez que o tipo de intervenção preconizado era grupal. Neste segundo estágio a intervenção individual é preconizada, o que me permitiu intervir regularmente com o cliente e assim “construir uma relação terapêutica”.

Inicialmente as interações com os clientes foram estabelecidas informalmente e destas emergiam as suas vivências e os sentimentos a elas associados, tais como a raiva, revolta, zanga, culpa, impulsividade e medo. Senti então que podia ser importante para os clientes falarem sobre estes sentimentos, refletirem sobre o seu significado, como os podiam acolher e porventura transformá-los em algo mais “apaziguador”. Ou seja, houve sempre o objetivo de captar no discurso do cliente estes sentimentos, para que pudessem ser mentalizados e entendidos á luz das suas vivências. Acontece no entanto que isto não foi claramente partilhado com eles. Apesar das sessões muitas vezes serem iniciadas pela frase “Como se sente hoje? Ou na sessão anterior falou-me sobre a raiva que sente, quer-me falar um pouco mais sobre este sentimento? a verdade é que o objetivo de **“ajudar o cliente a desenvolver estratégias para fazer face aos problemas emocionais”** talvez não tivesse sido verbalizado de forma clara.

Contudo apesar de este objetivo não ter sido claramente partilhado e anuído pelos clientes, senti que essa necessidade da parte deles emergia a cada encontro. Assim, as interações foram pautadas pela exteriorização de sentimentos, identificação, perceção das situações que os despoletam e ações/reações frequentes. Verificaram-se então ligeiras mudanças nas últimas intervenções, onde o discurso dos clientes foi pautado pela existência de

pensamentos alternativos, novas formas de gestão das emoções, bem como a partilha sobre o facto de conseguirem refletir sobre as temáticas emergentes nas várias interações.

Um cliente referiu o quanto tinham sido importantes estes momentos de partilha pois fizeram-no refletir de uma forma mais consciente sobre as suas relações com os outros, nomeadamente “a relação com a minha mulher, com a minha mãe, as relações cá dentro, a vida do crime” (sic)

Outro paciente referiu “Estive a pensar sobre o que a enfermeira falou comigo a semana passada e não compensa a vida fácil. Não quero voltar para aqui” (sic)

Apesar da perceção de que as intervenções estavam assentes num tema tão amplo e ao mesmo tempo subjetivo, o feedback dado pelos clientes permitiu-me perceber que os temas suscitados nos vários momentos mobilizaram a sua reflexão e tomada de consciência.

Por outro lado no que concerne á tomada de consciência da relação terapêutica e da forma como esta deve ser conduzida, esta só ficou claramente consolidada quando numa das últimas intervenções consigo claramente ter a perceção do início, do meio e do fim da intervenção. Ou seja, o início da sessão começou pelo sentimento de raiva espelhado na sessão anterior. Sempre que havia desvios na conversa que não tinham a ver com o tema, isso era sinalizado e o objetivo era retomado. O final terminou com um breve resumo do que havia sido falado e com o reforço positivo face a alguns comportamentos demonstrados. Deixou-se todavia em aberto a possibilidade do cliente pensar sobre o tema abordado que poderá ser retomado na próxima sessão se assim o desejar.

Ou seja, a sessão foi delimitada, o que me fez pensar e sentir que foi mais “contentora” para ambos os intervenientes.

Pensamentos e sentimentos emergentes...

Considero interessante a consciência acerca do papel terapêutico que assumi na relação e da forma como esta deve ser balizada, o que ocorreu

durante uma das últimas sessões com um dos clientes. Foi como se toda a teoria se operacionalizasse na prática e as dificuldades enumeradas no início deixassem de fazer sentido.

Quando partilhei o sentimento de felicidade que senti com a enfermeira orientadora, referi que este deveria ser o momento para dar início ao estágio...

Percebo então que existe um momento de amadurecimento, de reflexão, e que só esta prática reflexiva permite um outro entendimento e interiorização de conceitos, tais como saber- fazer, saber-ser e saber-estar com o outro.

Devo no entanto referir que este é um longo caminho, no qual já foram dados passos importantes, contudo os temas emergentes e abrangentes que são despoletados nesta interação necessitam ser entendidos e amadurecidos inicialmente pelo profissional, para poderem surgir na relação de forma fluída.

Para que isto aconteça considero importante e muito necessário a existência de grupos de reflexão sobre a prática, ou grupos de intervenção onde as várias temáticas possam ser debatidas num nível mais profundo, culminando em intervenções mais “eficientes”.

Análise da situação

Considero que a intervenção dual que se prolonga no tempo é mais difícil, desafiante, mas também mais gratificante, uma vez que permite assistir á evolução do cliente (e do profissional) dentro da relação, em direção ao seu desenvolvimento no sentido da sua natureza.

Conforme descrito por alguns autores, tais como Peplau e Chaliffour (2009) existem momentos chave na relação terapêutica que são: a fase de orientação, a fase de trabalho ou emergência de identidades e a conclusão.

É por isso necessário que o enfermeiro esteja ciente destes momentos, para ter uma linha condutora que oriente a sua atuação. Desta forma é importante perceber e refletir sobre a forma como foram orientadas as intervenções realizadas.

A **fase de orientação** tem início com o primeiro encontro e estende-se até à definição da necessidade de ajuda.

Por considerar que de alguma forma não houve da parte dos clientes essa necessidade de “ajuda”, mas que foram “escolhidos” por apresentarem características da sua personalidade que se coadunavam com o trabalho que queria realizar, senti que houve um encontro “forçado”. Todavia apesar de partilhar com os clientes o carácter académico subjacente, sempre foi demonstrada disponibilidade afetiva para uma intervenção genuína.

Na **fase de trabalho ou de emergência de identidades** e uma vez identificadas emoções subjacentes a alguns comportamentos mais disruptivos, a intervenção pautou-se sobretudo pela “terapia” expressiva, onde a consciência de si (do cliente) começa a ser mobilizada. Isto acontece sobretudo quando num clima de abertura e respeito é permitido o reconhecimento e expressão das emoções, apesar dos receios e interdições associados.

Segundo Chalifour (2008) as aprendizagens realizadas, neste caso sobretudo pelo feedback sentido ao longo das intervenções, permitem que se verifiquem reais mudanças, caso o cliente assim o deseje.

Neste contexto peculiar em que os clientes se encontram, apesar das várias condicionantes só por si de difícil gestão, é no entanto possível, tal como os clientes verbalizam, operar mudanças no próprio para mais facilmente superarem as dificuldades.

Na última fase, denominada **fase de conclusão** devem ser partilhados os momentos vividos, as aprendizagens realizadas, entre outros assuntos que sejam pertinentes para ambos os intervenientes, devendo ainda ser assegurado que os restantes elementos da equipa estarão presentes para dar apoio e suporte a todas as suas necessidades.

Relativamente a um dos clientes que irá sair em liberdade em maio, foram abordados diversos assuntos, nomeadamente a gestão do regime terapêutico, para garantir a sua adesão, motivo pelo qual devem ser envolvidos os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente médico, enfermeiro e assistente social.

Com outro cliente a quem foi feita a proposta de sair em “liberdade” devido á grave situação de saúde detetada, foi abordada a possibilidade de necessitar de algum subsídio que deverá ser tratado com a assistente social, bem como toda a necessidade de acompanhamento médico e de enfermagem que terá que ser assegurado.

Apesar destes temas saírem do âmbito do que havia sido falado nas várias intervenções realizadas com ambos os clientes, por vezes existem questões mais pragmáticas que são importantes delinear juntamente com o cliente, o que aconteceu conforme descrito.

Conclusão

A construção de uma relação terapêutica com clientes com diagnóstico de perturbação Borderline foi o foco das intervenções, motivo pelo qual não foram tidas inicialmente em consideração as necessidades do próprio, mas a necessidade “académica” subjacente.

Ora, a consciência que tenho agora e senti ao longo de todas as intervenções foi a de que os objetivos não estiveram claramente definidos por ambas as partes, (razão pela qual a relação por vezes tomou contornos pessoais e sociais) embora o cliente estivesse disponível para pensar sobre si partilhando as suas preocupações, sentimentos, pensamentos e atitudes.

Contudo, e uma vez consciente do tipo de entrevistas, das etapas da entrevista, da definição clara de objetivos, do “papel “a assumir de acordo com a situação, penso futuramente estar mais apta para intervenções mais eficientes, onde o cliente e as suas necessidades serão sempre o “foco” da minha atenção.

Planear as próximas intervenções terapêuticas

Uma vez que a aprendizagem realizada visa a sua aplicabilidade, nas intervenções com os clientes considero importante privilegiar o seu carácter terapêutico, tanto a nível individual como em grupo.

Uma vez que na prática diária nem sempre é possível intervir de forma continuada com os clientes, penso que podia ser interessante os diagnósticos de enfermagem serem realizados individualmente para que a atuação enquanto grupo profissional fosse mais focal e se traduzisse em mudança, ajudassem o outro a refletir ou a resolver um problema. Ou seja, se durante o tempo de internamento fosse identificada uma necessidade num cliente e todos os profissionais se focassem nessa necessidade, creio que essa atuação seria mais profícua e por isso mais terapêutica para o cliente.

Para além deste aspeto e como já referi, considero de importância extrema a supervisão da prática ou a intervisão entre pares, temas que pretendo levar a reflexão no local onde exerço funções, pois considero que desta forma poderíamos exercer enfermagem ao nível da excelência, com ganhos para os clientes e toda a equipa.

Referências Bibliográficas

Chalifour. (2008). A Intervenção Terapêutica Volume 2 – Estratégias de intervenção. Loures: Lusodidacta

Apêndice VI

Estudo de caso



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular Estágio

Internamento

Estudo de Caso

Cristina Isabel Silva Simões nº 6675

Estágio no Hospital Prisional – 4 de janeiro a 3 de março de 2017

Lisboa, março de 2017

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	187
1 - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	188
1.1 - Entrevistas diagnósticas	188
1.2 - Dados colhidos no processo	189
1.3 - Perspetiva do cliente	189
1.3.1 - História da vida pessoal e familiar	189
1.3.2 - Processo do adoecer e sua vivência	192
1.4 - Genograma e Ecomapa	194
1.4.1 – Genograma	194
1.4.2 – Ecomapa	194
1.5 - Perspetiva do enfermeiro	195
1.5.1 - Exame físico	195
1.5.2 - Exame do estado mental	196
2 - ABORDAGEM TEÓRICA: SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA, HEPATITE C E TUBERCULOSE...	198
3 - IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DO CLIENTE E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DE PEPLAU	201
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	206
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	207

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que decorreu num hospital prisional entre os dias 4 de janeiro e 3 de março de 2017, foi proposta a realização de um estudo de caso.

Segundo Ponte (1994) este caracteriza-se por ser:

“uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”

O fenómeno de interesse neste estudo de caso foi a **p**essoa, que analisada á luz de um modelo teórico permite ao profissional uma visão mais abrangente sobre si e tudo o que a rodeia. Neste caso o modelo das relações interpessoais de Peplau afigurou-se interessante pois permitiu enquadrar a intervenção, promovendo a reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados na área de saúde mental, tendo em consideração as necessidades da pessoa face ao contexto onde está inserida.

A metodologia utilizada para a apresentação deste estudo é descritiva, contudo também reflexiva, o que enriquece todo o processo de construção do caso, promovendo no cliente mas também no enfermeiro a sua consciência enquanto pessoas.

A apresentação do caso começa com uma breve contextualização, onde se evidencia a relação terapêutica estabelecida com o cliente. Posteriormente é realizada a avaliação diagnóstica, onde está presente a perspetiva do cliente e da enfermeira. Segue-se o enquadramento teórico da situação de doença, a identificação das necessidades do cliente e intervenção de enfermagem á luz do modelo teórico adotado. Para finalizar estão presentes as considerações relativamente a todo o percurso realizado.

1 - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O estudo de caso relatado diz respeito a um cliente internado no hospital prisional (unidade de infeciologia) desde Fevereiro de 2016. Esteve internado anteriormente no serviço de psiquiatria durante um ano, devido a depressão e alterações do comportamento.

Atualmente melhorado do ponto de vista psiquiátrico e infeccioso iniciou uma atividade profissional na instituição.

A escolha deste cliente para ilustrar o estudo de caso surgiu da relação terapêutica estabelecida, sentida como “agradável” por parte do cliente, que o verbalizava em cada interação, onde parecia mais reflexivo, mais confiante e diria até mesmo “feliz”. Isso acontecia possivelmente por se sentir “especial”, uma vez que foram poucos os clientes com quem foi estabelecida de forma sistemática uma relação terapêutica ao longo de todo o período de estágio.

1.1 - Entrevistas diagnósticas

As entrevistas realizadas semanalmente tiveram como objetivo ilustrar o estudo de caso bem como promover a relação terapêutica.

Apesar de inicialmente terem sido realizadas sem guião e apelando à verbalização sobre os pensamentos, sentimentos, ações e dificuldades sentidas pelo cliente, para em conjunto se estabelecerem objetivos a serem alcançados, com o continuar das interações houve necessidade de pontualmente recorrer a pequenos apontamentos, com o intuito desta ser mais focal relativamente aos dados que pretendia reter.

As entrevistas decorreram geralmente na sala das refeições, onde a privacidade foi assegurada, uma vez que os outros clientes se afastavam sem que houvesse necessidade de efetuar formalmente esse pedido.

Os dados clínicos foram retirados do processo, para uma melhor compreensão da situação do ponto de vista médico. Contudo acabaram por ser

“validados” com X não só do ponto de vista clínico, mas e sobretudo tendo como objetivo perceber a sua vivência á luz dessa realidade.

1.2 - Dados colhidos no processo

X tem 32 anos, sexo masculino, nacionalidade portuguesa. Detido pela segunda vez, desta vez por um período de 4 anos, que termina no próximo mês de maio. Anteriormente detido por um período de oito anos, estando um intervalo de ano e meio em liberdade entre as duas detenções.

Atualmente no hospital prisional, onde deu entrada em fevereiro de 2016 devido a agravamento do seu estado de saúde, com perda ponderal acentuada, mal-estar inespecífico e febre.

Com antecedentes pessoais conhecidos de uso de drogas por via parentérica, é-lhe diagnosticada em 2006 infeção por VIH e hepatite C e neste internamento foi-lhe diagnosticada tuberculose estando atualmente a terminar o tratamento com antibacilares.

Existe ainda relato de perturbação da personalidade Borderline e síndrome depressivo, com quatro tentativas de suicídio, motivo pelo qual já esteve internado no serviço de psiquiatria medicado com psicotrópicos.

Atualmente esta medicação está suspensa devido a ter melhorado do ponto de vista psiquiátrico.

1.3 - Perspetiva do cliente

1.3.1 - História da vida pessoal e familiar

Cliente atualmente com 32 anos de idade, solteiro, com o 4º ano de escolaridade. Sabe ler, mas tem dificuldades em acompanhar legendas na televisão e de ler em voz alta. É o filho do meio de uma fratria de sete irmãos e nasceu de uma relação ocasional da mãe. Contudo refere que a mãe sempre falou do pai e caso quisesse conhecê-lo esta tentaria encontrar forma de saber

o seu paradeiro. Porém esta vontade só aconteceu aos dezasseis anos por intermédio de um colega com quem trabalhava na construção civil. Falou com o pai “para lhe dizer uma verdades” (sic) tais como o fato de nunca o ter procurado, mas depois nunca mais o quis ver. Tem três irmãos mais velhos do primeiro companheiro da mãe e três irmãos mais novos de outro companheiro, que X sentiu como um pai mas que já faleceu há cerca de 10 anos de acidente de viação. Refere que este foi importante a vários níveis e também lhe ensinou o ofício de servente de pedreiro, mecânica de automóveis e pintura.

Desde cedo sonhou ser independente, contudo saiu de casa com apenas 15 anos, por se ter zangado com o irmão mais velho. Este queria que ele trabalhasse na construção civil e ele queria ser caddy no golfe, onde ganhava bastante dinheiro sobretudo em gorjetas. Alugou uma casa, onde inicialmente viveu sozinho e depois com colegas de trabalho. Permaneceu nessa casa cerca de dois anos, enquanto trabalhava de dia e estudava à noite. Queria completar o 5º e 6º ano. Contudo não conseguiu conciliar o trabalho com o estudo acabando por desistir.

Na altura que trabalhava e estudava teve pouco contacto com a família, com quem basicamente não falava não só pelo desentendimento com o irmão, mas também devido à sobrecarga diária.

Passados estes anos o irmão mais velho entra em contacto com ele e convida-o para jantar lá em casa, porque a mãe tinha muitas saudades e queria estar com ele. Ele acede ao convite e acaba por ficar lá nesse fim-de-semana e durante mais um mês (a pedido da mãe), pois a mãe queria que ele voltasse para casa.

Esta situação terminou pois um dos irmãos bebia excessivamente e ele não aguentava ver certas “coisas” (sic). Arranja novamente casa onde vai viver com uma jovem com quem tem uma relação de alguns anos e ficam juntos até ele ser detido. Apesar de gostar dela pede-lhe que refaça a sua vida. Atualmente sabe que é casada e tem dois filhos.

Desde os 13/14 anos que consome haxixe, o que era normal no bairro.

Quando aos 17/18 anos foi morar novamente para o bairro onde a mãe vivia ainda trabalhou um ano. Segundo X a sua rotina basicamente consistia em sair do trabalho, beber umas cervejas, ir para casa jantar, tomar banho e deitar-se. Saía esporadicamente. No entanto a determinada altura numa festa perguntaram-lhe se queria “dar uns snifes”(sic), o que acabou por acontecer e no dia seguinte diz que já queria mais. Depois refere ter sido uma escalada. “Como fumar já não fazia nada comecei a injetar”(sic). Refere que a pior coisa que fez foi ter ido para o bairro. “Era só bandidagem” (sic)

Inicialmente consegue ser funcional e ninguém se apercebe, mas passado pouco tempo já sente muita angústia e resolve ter uma reunião com toda a família para lhes contar e pedir ajuda. Refere que o irmão mais velho lhe deu um estalo, “parece que estou a ver” (sic) mas depois apoiaram-no e ajudaram-no a fazer o tratamento com subutex. Esta situação aconteceu porque este irmão tinha tido um passado de droga e ficou triste por ele ter enveredado por este caminho. Esteve em casa fechado durante um mês e nessa altura refere que esteve bem. Contudo recaiu, tendo voltado a consumir apenas drogas injetadas, iniciando um caminho de furtos que o conduziram á prisão. A primeira detenção foi de oito anos e meio, saiu um ano e três meses e nessa altura foi trabalhar para o estrangeiro onde ganhou muito dinheiro. Depois voltou, recaiu e atualmente está a terminar uma pena de dois anos e seis meses também por furtos. Refere no entanto “não me posso orgulhar..., mas nunca usei armas nem agredi ninguém, não roubava gente de idade, mas da minha idade, gente com mais posses”(sic). Conta inclusive que havia vezes que o dinheiro dos roubos era partilhado com as pessoas mais necessitadas do bairro.

Recorda com saudades a infância, onde refere ter sido feliz. Andou na escola e no ATL. Teve uma ama que a mãe pagava para tomar conta dele e dos irmãos. A mãe sempre foi muito trabalhadora. Saía de casa às 6h e entrava á meia-noite. Folgava esporadicamente ao domingo. Diz que a adorava, sendo um dos filhos com quem esta tinha melhor relação. Refere que lhe tinha muito respeito e recorda-se dela como sendo muito frontal no que tinha a dizer, tanto bem como mal, e que esta forma de ser e estar aprendeu com ela.

A mãe tinha algumas doenças, nomeadamente hipertensão, problemas renais e seropositividade para HIV, tendo falecido quando ele estava na prisão. Diz ter muitas saudades dela e considera que a sua prisão contribuiu para a sua morte.

Atualmente só tem relação afetiva com o irmão mais novo, pois considera que foi o único que esteve sempre presente em todas as situações. Com os restantes irmãos refere apenas que vai continuar a dizer “bom dia ou boa noite” (sic), e não quer mais do que isso. Refere gostar dos sobrinhos, mas diz que “só se vê quem gosta de nós quando estamos na cadeia ou no hospital” (sic). “Acho que não custava nada, nem que fosse uma vez no ano” (sic).

Vai sair da prisão em maio e já tem alguns planos. Pensa imigrar, referindo ter alguns contatos no estrangeiro. Pensa á posteriori mandar um bilhete para o irmão ir ter com ele, uma vez que este também já manifestou essa vontade.

1.3.2 - Processo do adoecer e sua vivência

Cliente com diagnóstico de vírus da imunodeficiência humana (VIH) /Sida e hepatite C desde 2006, estando medicado com antirretrovirais.

Foi internado no serviço de infeciologia em fevereiro de 2016 devido a perda ponderal de 16 quilos num ano, associada a mal-estar inespecífico, desconforto á palpação abdominal e febre. Foi-lhe diagnosticada tuberculose pelo que iniciou terapêutica antibacilar com boa resposta.

Atualmente tem boa adesão á terapêutica, mas nem sempre isso aconteceu.

Apesar do médico lhe ter comunicado que era seropositivo, já desconfiava. Foi um choque (sic).

Foi sobretudo complicado dizer á família, que já tinha um enorme desgosto pelo facto de ele estar preso. Demorou três anos a conseguir

desabafar com a mãe, irmã e irmão (sic), mas considera que tinha que os alertar. Embora chocados, apoiaram-no e não sentiu que tivessem ficado diferentes. Ficaram sim preocupados, mas refere que era uma “preocupação boa” (sic).

Questionou-se várias vezes sobre o motivo que estava na origem da doença, pois comprava sempre um kit novo na farmácia e tinha muitos cuidados. Desta forma, julga que o contágio endovenoso não pode ser a causa da doença. Contudo coloca em dúvida o contágio por via sexual, dizendo “não me entrego sem proteção” (sic). Refere ter ideia de quem pode ter sido, mas não condena. Considera contudo que esta dúvida o irá acompanhar para o resto da vida.

Apesar de ter sido difícil a descoberta do HIV, considera que o que o “deixou muito em baixo” (sic) tanto física como psicologicamente foi a tuberculose, atualmente disseminada. Pensou que não ia sobreviver, pois não tolerava nada, tinha febre, mal-estar, fraqueza e emagreceu muito. Refere ter pensado “desta vez não passo” “o que é que eu tenho?”(sic). Após vários exames e a confirmação do diagnóstico foi internado em fevereiro de 2016.

O confronto com o diagnóstico foi complicado. Matar-se afigurava-se como a única solução, pois estava preso e doente num hospital. Mesmo que o irmão o quisesse ajudar nessa altura, o fato de estar no hospital prisional não lhe permitia ter o seu apoio. Isto acontece porque as visitas são restritas e os telefonemas não podem exceder os cinco minutos. Referiu ser “carente de desabafos” (sic) e assim sentiu-se muito sozinho.

Para X foi muito complicado o primeiro mês, refere “foi muito sofrimento” (sic), “quando descobrimos estas doenças, sentimo-nos mais frágeis, carentes de desabafos” (sic).

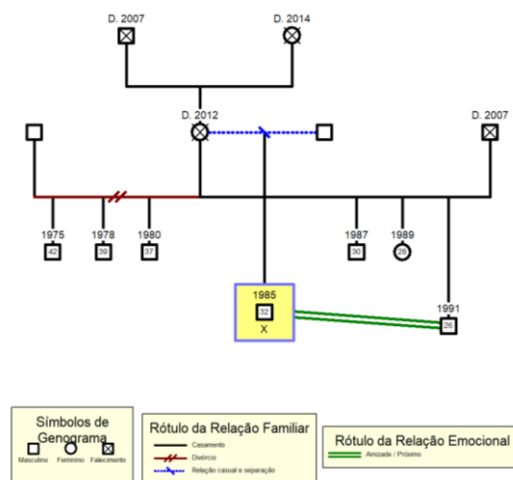
De referir que em maio de 2016, X apresentou lesões cutâneas de sarcoma de Kaposi, mas com as alterações terapêuticas instituídas para o HIV não apareceram mais lesões, mas um aplanamento das mesmas. Relativamente a este aspeto da sua doença X não emitiu nenhuma consideração, pelo que não foi abordado.

Atualmente afirma sentir-se bem e com vontade de trabalhar, uma vez que desta forma o tempo passa mais depressa. Não refere queixas álgicas, está apirético, mas não está a recuperar o peso, o que o preocupa para além de não gostar da sua imagem assim. Gostava de pesar entre 75 e 76 kg mas pesa cerca de 60kg.

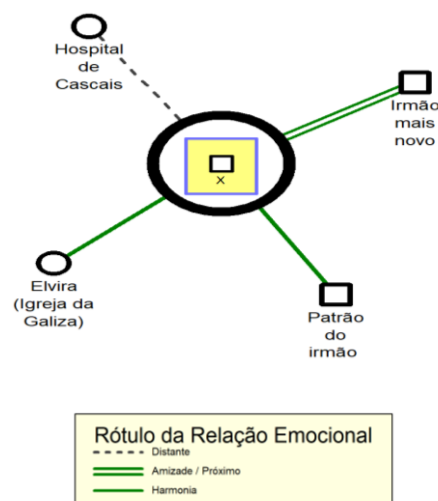
1.4 - Genograma e Ecomapa

O Genograma e ecomapa são instrumentos que permitem ter uma visão clara da complexidade das relações familiares e extrafamiliares, motivo pelo qual são apresentados neste estudo de caso com vista ao seu enriquecimento.

1.4.1 - Genograma



1.4.2 - Ecomapa



1.5 - Perspetiva do enfermeiro

Desde o primeiro contacto que X se mostrou recetivo a falar sobre si, a sua doença, a sua vida, sentimentos e projeções que faz para um futuro próximo, uma vez que vai sair do estabelecimento prisional em maio de 2017. No entanto esta recetividade não foi demonstrada numa situação, uma vez que estava muito zangado e por isso pouco disponível. De realçar que esta situação ocorreu num dos primeiros encontros, uma vez que noutra situação semelhante (ocorrida após várias sessões) em que se sentia injustiçado, já aceitou falar verbalizando inclusivamente os benefícios que poderia obter, nomeadamente por considerar que no final poderia sentir-se mais calmo.

Apesar de poder considerar que X durante todas as interações podia estar a ser muito cordial e disponível tentando apenas agradar ou seduzir, senti que houve veracidade nas suas manifestações, havendo inclusive uma concordância entre as manifestações verbais e não-verbais.

Das suas vivências ecoa em mim a necessidade de ser reconhecido e estimado. De ser ouvido e valorizado. A necessidade de desabafar o que lhe vai “na alma”. Os valores que apesar de tudo parecem existir. O sentido de justiça á sua maneira, mas onde não existe prevalência do mais forte sobre o mais fraco. As saudades da mãe foram uma constante no seu discurso e a falta que ela lhe faz. Do mal que pensa ter-lhe causado com a sua detenção. O receio das doenças, os cuidados que estas requerem. Os projetos que gostaria de fazer quando sair, sabendo que existe sempre um caminho mais fácil, mas nem por isso mais recompensador, o que o leva a não querer enveredar novamente por essa direção.

1.5.1 - Exame físico

Morfologia corporal – apresenta coluna ereta. Mede cerca de 1.70cm. Idade aparente corresponde á idade real, apesar de emagrecido e pálido. Tem um aspeto cuidado.

Tegumentos - pele e mucosas íntegras e hidratadas. Pequenas tatuagens em ambos os braços.

Cabeça – simétrica, alinhada verticalmente, com amplitude de movimentos. **Rosto** - pele branca, íntegra, cabelo castanho, liso. Nariz simétrico. Dentição incompleta com falta de várias peças dentárias. Orelhas simétricas.

Olhos – simétricos de cor castanha. Olhar expressivo e mantido durante a interação

Tórax e abdómen – sem cicatrizes nem lesões aparentes

Membros superiores e inferiores - sem alterações evidentes. Mobilidade preservada.

1.5.2 - Exame do estado mental

De acordo com Stuart (2001), a avaliação do estado mental representa um “corte transversal” na vida psicológica da pessoa, sendo o somatório das observações e sensações do enfermeiro naquele momento, que podem, no entanto, servir como termo de comparação para avaliações a serem realizadas posteriormente.

Atitude – disponibilidade para falar de si e das suas emoções, denotando-se ressonância afetiva no seu discurso. Facilidade e necessidade em se fazer ouvir, havendo por vezes necessidade de conter a sua “verborreia”.

Atividade - doente aparentemente calmo na maior parte das interações

Humor e emoções - durante as entrevistas X esteve eutímico, contudo e apesar de ser capaz de rir, tem uma base depressiva, associada às suas vivências e morte da mãe, sem que pudesse estar presente na sua doença e na fase final. Isto é dito e sentido pelo utente ao longo das várias entrevistas.

Discurso e linguagem – discurso fluente e vocabulário adequado, sem dificuldade em expressar-se ou verbalizar pensamentos e sentimentos.

Pensamento e percepção – sem alterações do pensamento ou percepção

Cognição – sem alterações da memória, concentrado e atento durante as intervenções

Insight e juízo crítico – insight para doença e capacidade para refletir acerca do seu percurso, atitudes e comportamentos. Denotou-se juízo crítico, contudo balizado pelas suas referências.

2 - ABORDAGEM TEÓRICA: SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA, HEPATITE C E TUBERCULOSE...

De acordo com Soares (2014) o vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um vírus da família Retroviridae e do género Lentivirus. Pensa-se que a sua origem se deva á recombinação de uma versão original que infetava símios e que entrou no organismo de humanos que caçavam chimpanzés. A sua transmissão faz-se através de sangue, secreções genitais e mais raramente leite materno, embora já tenha sido isolado a partir de quase todos os fluidos corporais. Desta forma as portas de entrada do HIV são todos os locais que permitam o contacto destes fluidos de um individuo infetado com a corrente sanguínea de uma pessoa saudável, passando de uma pessoa para outra através de agulhas/seringas infetadas, transmissão sexual, da mãe para o filho (in útero, durante o parto ou por aleitamento), ou através de uma transfusão sanguínea, por exemplo.

Apesar de a pele ser considerada normalmente uma boa barreira protetora do sangue, a sua lesão pode levar ao contágio. Também as mucosas, genital, oral, nasal e do olho por serem menos eficazes como barreiras protetoras, podem ser importantes portas de entrada dos vírus.

O vírus do HIV ataca o sistema imunológico responsável por defender o organismo de doenças, sendo as células mais atingidas os linfócitos TCD4+. A alteração do DNA dessas células faz com que o HIV faça cópias de si mesmo, que uma vez aumentado rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infeção.

Contudo ter o HIV não é a mesma coisa que ter SIDA, uma vez que existem muitos seropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença, embora possam transmitir o vírus a outras pessoas por relações sexuais desprotegidas, por partilha de seringas infetadas ou de mãe para filho durante a gravidez e amamentação.

A Sida aparece quando a baixa imunidade caracterizada pela redução dos linfócitos TCD4+ permite o aparecimento de doenças oportunistas, tais como hepatites virais, tuberculose e alguns tipos de câncer.

Nesta situação verifica-se a existência de uma baixa contagem de CD4 e grande quantidade de carga viral, estando presentes outras infeções tais como Hepatite C, genótipo 3 a, Tuberculose, e sarcoma de Kaposi.

Segundo o departamento de IST, Aids e Hepatites virais, a hepatite C (HCV) é considerada uma das maiores epidemias do século, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) já infetou mais de 170 milhões de pessoas em todo o mundo, das quais cerca de 30% também apresentam infeção pelo HIV.

Silva (2014) refere ser mais frequente a co-infecção do vírus HCV em indivíduos portadores do HIV, uma vez que ambos os vírus apresentam formas similares de infeção, nomeadamente no que se refere á via parental, pois comportamentos tais como a partilha e reaproveitamento de seringas expõem mais os sujeitos a esta infeção. Existem estudos que comprovam que o HCV é um cofator importante para a mais rápida progressão para a AIDS em indivíduos coinfectados, acelerando a diminuição do número de linfócitos TCD4.

Desta forma, a coinfecção entre HIV e HCV passou a gerar um aumento da morbilidade e mortalidade, uma vez que a co-infecção altera o curso natural das duas doenças.

Relativamente á tuberculose e de acordo com a mesma fonte a OMS estima que das cerca de 33 milhões de pessoas infetadas com o HIV, 25% estão coinfectadas com tuberculose, que é a segunda causa de morte entre os seropositivos. De referir apenas que embora o diagnóstico da tuberculose na coinfecção seja semelhante ao diagnóstico na população geral, existem diferenças nos sintomas clínicos, uma vez que a doença pode ocorrer com mais frequência fora do pulmão e de maneira disseminada no corpo, o que se verifica com o utente deste estudo de caso.

Relativamente ao fato de ainda não estar clara a relação entre o HIV e alguns tipos de cancro, acredita-se que esta está relacionada com as alterações a nível do sistema imunitário. Um dos tumores mais comum é o sarcoma de kaposi, de etiologia multifatorial que se caracteriza por máculas,

placas ou nódulos de cor purpura ou azul acastanhada e que afeta a pele e outros órgãos viscerais. Neste caso verificou-se um aplanamento das lesões, pois houve boa resposta á terapêutica antirretroviral.

Do ponto de vista psiquiátrico o cliente apresenta fraco controlo dos impulsos, envolvendo-se em brigas, agressões, tendo feito quatro tentativas de suicídio, a última das quais por enforcamento. De referir que atualmente se encontra mais calmo, sendo evidente a capacidade para pensar e agir tendo em conta outras estratégias de resolução de conflitos.

3 - IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DO CLIENTE E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DE PEPLAU

O foco central da teoria de Peplau é o processo interpessoal que se consolida no estabelecimento de uma interação efetiva entre o enfermeiro e paciente. Segundo Santos (2004) uma característica interessante nesta teoria é a valorização do enfermeiro “seja por meio de si mesmo, ou como agente terapêutico que encontra na relação pessoa-pessoa, ou ainda como caminho para a solução de problemas”. Esta perspectiva é interessante, uma vez que faz apelo a um papel ativo por parte do profissional, imbuído de valor e de um espaço próprio, o que lhe permite uma maior proximidade com o paciente.

Nesta proximidade com o cliente existe o reconhecimento, a clarificação e a construção de um entendimento acerca dos acontecimentos que vão sendo relatados, pensados e refletidos em conjunto com o objetivo segundo Peplau (1990) de um movimento progressivo da personalidade e outros processos humanos continuados na direção da vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.

Nesta interação, Peplau (1990) refere que o enfermeiro pode assumir vários papéis, todos eles considerados necessários para fazer face aos problemas à medida que estes surgem.

Considerando que inicialmente tanto o enfermeiro como o cliente são estranhos um para o outro, o enfermeiro desempenha o **papel de estranho**, sendo importante o respeito e interesse positivo, a aceitação do cliente tal como é, reconhecendo-o como emocionalmente apto. Desta forma é importante saber escutá-lo ativamente e entende-lo à luz das suas vivências, com o objetivo de promover o desenrolar de outros papéis, nomeadamente de pessoa recurso, de professor, de líder, de substituto e de conselheiro.

Na relação terapêutica estabelecida considero que o papel maioritariamente desempenhado foi o **de conselheiro**, no sentido em que se procurou saber os sentimentos do cliente relativamente a si próprio e em relação ao que lhe aconteceu, na perspectiva da sua doença. Peplau (1990) refere que o enfermeiro quando adota este papel ajuda o cliente a recordar-se

e a compreender o que lhe aconteceu, com o intuito de ser capaz de integrar esta experiência noutras experiências da sua vida em vez de as separar. Isto permite-lhe então uma maior consciência dos seus atos e da sua forma de agir e reagir, com as consequências que daí advêm.

Esta foi então maioritariamente, mas não exclusivamente, a forma de condução das intervenções, que no final permitiram ao cliente perceber o impacto das suas ações, com as consequências físicas e emocionais associadas. Nas intervenções finais o paciente já verbalizou “ não quero correr os mesmos riscos, porque nunca mais quero aqui voltar” (sic)

“Sei que esse pode ser o caminho mais fácil, mas depois acabo por vir cá parar dentro outra vez, eu já não quero” (sic)

“O tempo que estamos aqui a falar faz-me viajar, alterar a rotina, são bons para mim estes momentos. O ter falado consigo a semana passada, fez com que a semana fosse diferente, começo a pensar mais nas coisas...” (sic)

“As semanas aqui são sempre iguais. A enfermeira não imagina o que é esta rotina. Todos os dias a mesma coisa. Acabamos por estar sempre a pensar no mesmo. É difícil mudar...”(sic)

Contudo, e apesar dos papéis que o enfermeiro pode assumir no decorrer das suas intervenções, é importante referir que segundo a perspetiva desta teórica existem quatro etapas distintas desta relação entre enfermeiro-paciente, que estão interrelacionadas, podendo inclusivamente sobrepor-se.

Estas fases são a de **orientação, identificação, exploração e resolução**.

A **fase de orientação** resulta da necessidade expressa do cliente face a uma dificuldade, a forma como a vive e sente. Nesta fase o enfermeiro clarifica o significado desta dificuldade, o que neste caso aconteceu quando foi percecionada a revolta, a raiva, a angústia, a dificuldade no controle dos impulsos, permitindo que X expressasse os sentimentos, consciente do que estes significam e refletem sobre si, o que foi possível através de uma escuta não-diretiva.

Na **fase de identificação** verifica-se a identificação do cliente com o enfermeiro, sendo este visto como afável, otimista e importante para a solução dos problemas, ocorrendo desta forma a diminuição dos sentimentos relacionados com a ameaça à segurança, ao poder, aos sentimentos de dignidade, ao identificar-se com pessoas que o ajudam a sentir-se menos ameaçado.

Contudo é importante que desenvolva respostas apropriadas à sua situação, independentemente da enfermeira, para conseguir explorar os seus próprios caminhos, com novas possibilidades e o estabelecimento de novas metas. Esta é denominada a **fase de exploração**. Neste caso juntamente com a enfermeira existe a exploração de alternativas, de modo a impedir que o cliente volte a perpetuar os seus padrões de comportamento, nomeadamente através da identificação das várias alternativas e exploração das respostas a elas associadas. Durante uma das entrevistas relativamente à preparação da sua saída em maio, houve a tentativa de encontrar na sua família outras hipóteses de apoio, contudo X embora mais flexível face a outros elementos, continua a referir contar apenas com o irmão mais novo. Tentaram-se introduzir outros elementos, nomeadamente da comunidade e com algumas reservas referiu que estes podem ser pessoas recurso caso necessite, nomeadamente uma freira da igreja da sua zona de residência, o patrão do irmão que sempre se mostrou disponível para arranjar trabalho e o médico do hospital de Cascais que o conhece há vários anos.

A última fase identificada por Peplau é denominada de “**resolução**” e nesta fase o cliente está apto a abandonar os antigos laços e dependências e “voltar a casa”. Nesta fase o cliente tende a libertar-se gradualmente da identificação, fortalecendo a capacidade de atuar por si próprio.

Apesar de se denotar no discurso algumas mudanças, sobretudo ao nível da capacidade de reflexão sobre os assuntos abordados, tais como: as suas doenças, cuidados a ter, necessidade de adesão e manutenção do regime terapêutico, controlo dos impulsos, antecipação da alta com os outros profissionais de saúde, nomeadamente educadora e assistente social, não houve hipótese de juntamente com a equipa multidisciplinar perceber como

esta alta irá ser realizada e quais os apoios em termos comunitários que irão ser necessários para o cliente.

Também teria sido importante a realização de uma entrevista com o irmão para perceber a realidade que o envolve, mas esta não foi possível, uma vez que o irmão não foi às visitas nos dias em que pude estar presente na instituição, tendo inclusive, por questões económicas, visitado o irmão uma vez.

Dada a realidade e os constrangimentos que envolvem toda a dinâmica inerente às regras instituídas num hospital prisional, também a sua realização não se afigurava fácil.

De referir que o cliente sente que tudo poderia ser diferente se o acompanhamento dentro da instituição prisional fosse mais efetivo com uma posterior supervisão. Ora isto remete-nos para a reinserção e reintegração social, mas ao mesmo tempo coloca nos outros a responsabilidade pela sua vida e futuro, pois sente-se abandonado á sua sorte.

A reinserção social tem segundo a comunicação de Gomes (2003) no V Congresso Português de Sociologia o pressuposto de dar aos reclusos durante o tempo de reclusão os meios e as competências necessárias para não voltarem a cometer crimes quando estiverem novamente em liberdade.

Apesar de esta comunicação datar de 2003, pela realidade que me foi dada a conhecer, penso que poucas alterações se fizeram sentir, o que na realidade faz com que seja difícil atingir essa meta.

Assim, existe uma enorme discrepância entre a teoria prevista e a realidade, uma vez que não existe a elaboração de um plano individual de readaptação, que embora esteja consagrado na lei, acompanhe e programe o percurso do recluso durante o cumprimento da pena e na pós-libertação. O principal objetivo do trabalho e da formação em meio prisional acaba por não ser a criação de competências, mas o combate á inatividade. Verifica-se a escassez de trabalho e a sua desadequação á realidade exterior. Verifica-se a existência de algumas dificuldades nos critérios e procedimentos de seleção dos reclusos quer para a ocupação laboral quer para a frequência de cursos de

formação profissional, bem como a ausência de estímulos para a frequência do ensino escolar.

Também está patente nesta comunicação a falta de comunicação e de articulação entre o sistema judicial e prisional, o que provoca desperdícios de eficácia, sobreposição de tarefas e aumento dos custos.

Ora, todos estes aspetos referidos são identificados pelos reclusos que sentem revolta face a esta realidade por eles sentida.

No que diz respeito á reintegração também esta pode ser pautada por várias dificuldades, nomeadamente pelo tipo e gravidade do crime, a personalidade do recluso, os seus antecedentes criminais e o modo como tudo isso marcou de forma profunda e muitas vezes irreversível a vida das vítimas e das pessoas que lhe são próximas, tais como familiares e amigos.

Contudo, apesar de este percurso conter dificuldades a vários níveis, terá que ser construído paulatinamente pelo ex-recluso.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo de caso permitiu-me o estabelecimento de uma relação terapêutica, onde através dos olhos do cliente, tive o acesso a um conhecimento mais aprofundado de si, dos relacionamentos que refere ter “dentro e fora dos muros”, das regras do grupo e do sistema prisional, do seu isolamento social, das vivências das várias situações familiares, das suas doenças e dos sentimentos a tudo isto associados. As interações realizadas permitiram ao cliente refletir, reconsiderar, antecipar, o que ficou patente nas últimas intervenções, onde apesar de várias hipóteses, já existia um analisar de respostas onde os danos para o próprio e para os outros eram equacionados.

Enquanto numa fase inicial as respostas que envolviam risco de reincidência nunca eram descartadas, no final das várias intervenções já estava mais claro que as opções que envolviam risco tendiam a ser eliminadas.

Sendo a intervenção pautada pelo modelo de intervenção de Peplau onde as relações interpessoais estabelecidas entre a enfermeira e o cliente estão na base do crescimento e amadurecimento deste enquanto ser humano, considero que este é um papel de grande responsabilidade.

Devo no entanto ressaltar que é sobretudo na relação dual e ao longo do tempo que o peso desta responsabilidade se faz sentir, pois a emergência do “OUTRO” impele-nos enquanto profissionais a querer ser melhor, com o intuito de possibilitar um caminhar mais informado, mais consciente, mas também mais reflexivo, ciente de si e do caminho que pretende trilhar.

Durante este percurso e ciente destas premissas, procurei estar á altura do desafio, recorrendo para isso á evidência científica e aos conhecimentos teórico-práticos da enfermeira e professor orientador.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Peplau, H.E. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermaria psicodinâmica. Barcelona: Masson-Salvat.
- Ponte, J.P. (1994), O estudo de Caso na Investigação em Educação Matemática. Quadrante.
- Santos, Z., Oliveira, V. & Pagliuca, L. (2004). Teoria de Peplau. Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. Revista Rene. Fortaleza, Volume 5, nº2, p.110-117, julho/dezembro.
- Silva, R.C.N., Marques, L.A.R.V., Neto, E.M.R., Thé, M.F.D.F., Ponte, E.D., ALVES, R.S. (2014). Perfil epidemiológico da hepatite C e coinfeção com HIV nos últimos 10 anos. Vol.XI (4), pp.15–29.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001). Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. (6ª Edição) Porto Alegre: Artmed Editora.
- Gomes, C. D. M. & Almeida, J. (2003). V CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA. Crimes, penas e reinserção social: Um olhar sobre o caso português. Coimbra.

Apêndice VII

Registos de intervenções de âmbito psicoterapêutico com cliente com DPBP

Registo de intervenção de âmbito psicoterapêutico com cliente com DPBP

Data: 13.1.2017

Intervenção: Construção da relação terapêutica	
Paciente: Y	Enfermeira: Cristina
Objetivos - Conhecimento do cliente, suas vivências e percurso de vida	
Descrição da intervenção Esta intervenção informal aconteceu inicialmente no corredor onde o cliente estava a fumar, mas posteriormente teve lugar no quarto onde permanecemos durante algum tempo. No início da interação surgiu o tema das regras, sociais, inerentes á prisão e o cliente referiu que se sentia livre. Ficando um pouco perplexa questionei como se pode sentir livre numa prisão ao que me respondeu que a liberdade está no que sentia e dessa forma sentia-se livre. Peço-lhe que me explique melhor e o cliente diz que é como lá fora só que não pode sair. Dá a entender que continua a obter dinheiro de forma ilícita, tem amigos, pessoas em quem confia e outras com quem não se dá, casou na prisão, tem os filhos da mulher que considera como seus, com quem estuda e fala diariamente via skipe (neste contexto não o pode fazer). Refere que eles vinham com a mãe às visitas quase todos os fins de semana. Envia-lhes dinheiro para que não lhes falte nada... E – Mas existem regras que tem que cumprir. P - “Se pensa que são os guardas que mandam, eles não mandam nada”(sic) Abrem e fecham as celas... Fala que existem regras mas que são entre os próprios reclusos, como que um código de honra. E a dificuldade está muitas vezes na gestão dessas regras e códigos de conduta. Quanto aos guardas uns tratam os reclusos como pessoas outros nem por isso, e isso causa-lhe alguma revolta. Mas	

refere que já aprendeu a viver na prisão.

P - Estou aqui há 19 anos. Não há ninguém mais velho do que eu aqui. Entrei aqui em 1998 e ainda faltam 11 anos.

E – E como se sente em estar aqui há 19 anos?

P – Já me habituei...

Sou muito impulsivo. Mas já fui mais. Dantes quando me envolvia numa briga só parava quando a outra pessoa estava no chão. Agora sou capaz de lhe dar dois estalos e vou-me embora. Não admito que me batam na cara.

E – O que é que isso significa para si?

P – Faz-me lembrar coisas da infância.

E – Faz-lhe emergir alguns sentimentos?

P – Sim. Sinto raiva...

E – Mas refere que agora já não age da mesma maneira. O que é que aconteceu?

P – Falei com a minha mãe, o meu padrasto e o meu pai...

E – E essas conversas acalmaram a sua raiva?

P – Um pouco mais, mas ainda preciso falar um pouco mais com o meu pai (sic)

Falou que a conversa que teve com a mãe e com o padrasto foi sobre o abandono e a negligência que viveu, mas concluiu que eles também não conseguiam fazer diferente.

Como entretanto chamaram para almoçar sinalizei ao paciente que posteriormente poderíamos retomar este assunto se assim o desejasse.

P- Tudo bem enfermeira.

Análise da intervenção:

A intervenção foi iniciada no corredor, local onde o paciente estava, tendo posteriormente sido conduzido ao quarto. Em virtude de na semana anterior ter estado apenas em observação e interagir com os vários clientes nos locais onde estes estavam, que podia ser no quarto, no refeitório ou no corredor, ainda não tinha acordado com o cliente formalmente o local da nossa intervenção.

Assim, esta foi uma interação muito abrangente, onde se procurou perceber um pouco o que pensava, como vivia a “prisão”, a doença, a relação com os outros e os sentimentos associados.

Existia no entanto a intenção de promover a reflexão sobre os diferentes assuntos abordados, o que me pareceu ser possível pois Y demonstrou capacidade para se questionar e inclusivamente já adotou alguns comportamentos que refletem essa mesma reflexão e vontade de poder fazer diferente (esta constatação advém de outras intervenções realizadas)

Da minha parte houve empatia com o cliente, que se mostrou cordial e disponível para a intervenção, sentindo-se possivelmente único dada a disponibilidade demonstrada e ausência de julgamento. Por outro lado apesar de sentir que o cliente percebia o carácter académico das sessões, sempre senti genuinidade no seu discurso. Porém, apesar da verbalização de sentimentos parece possuir uma carapaça emocional que o impede de viver os sentimentos proferidos.

Registo de intervenção de âmbito psicoterapêutico com cliente com DPBP

Data: 19.1.2017

Intervenção: Construção da relação terapêutica	
Paciente: Y	Enfermeira: Cristina
Objetivos: - Identificação de sentimentos angustiantes / auxiliar o cliente na elaboração de sentimentos alternativos mais apaziguadores	
Descrição da intervenção E – Boa tarde Y. Conforme combinamos vamos sentar-nos um pouco para podermos conversar. Podemos falar no seu quarto ou quer ir para o refeitório? P – Podemos falar no quarto. E – Como é que se sente hoje? P – Estou bem. E – Quer falar sobre alguma situação ou podemos falar sobre alguns dos assuntos que foram abordados na semana passada. P – Por mim podemos falar desses assuntos. E – Se me permite gostaria de voltar aos sentimentos que falou relativamente aos seus pais e padrasto e que o ter falado com eles de alguma forma o tranquilizou. Nesta altura Y recorda-se de alguns acontecimentos da infância que despoletaram a raiva e o ódio que durante muito tempo fizeram parte de si. Lembra-se que quando tinha cerca de 10/11 anos foi deixado sozinho nos três meses das férias grandes com os cinco irmãos na barraca onde moravam. A mãe que era toxicodependente estava a viver umas ruas abaixo com um companheiro e ia durante a noite á casa onde estavam os filhos,	

deixar pão e leite que era a única coisa com que ficavam para comer. Conta que por vezes saía de casa para ir pedir comida às vizinhas, mas refere que se a mãe soubesse lhe batia, porque isso podia fazer com que a denunciassem.

Recorda que o pai, atualmente a viver em Itália, ainda tentou “lutar” (sic) para ficar com ele. Contudo a mãe achou que ele o queria raptar e um dia quando ele foi lá a casa o padrasto espetou-lhe um punhal (refere lembrar-se de ver o pai cheio de sangue). Mesmo a sangrar o pai levou-o até á esquadra e pediu aos guardas para o entregarem á avó paterna. A avó que ficou com ele morava numa casa com outras condições habitacionais, mas esta ficava perto do local onde a mãe dele vivia. Lembra-se de passado alguns dias ter ouvido a voz da mãe na rua e saiu de casa da avó a correr para ir ter com ela. Apesar da vivência que tinha diz que gostava da mãe e estava habituado a viver com ela. E – Imagino que reviver estas situações não seja fácil para si. Como se sente?

P – Normal... Agora percebo que a minha mãe e o meu padrasto também não conseguiam fazer de forma diferente...o meu pai ainda lutou por mim, mas eu acabava era por ficar na minha avó...

E – Mas fala que gostava da sua mãe...

P – Refere que gostava da mãe e que sempre conheceu esta realidade. Que esta vida era normal. A mãe e os filhos eram espancados, começou a fugir de casa com 10 anos e tudo era normal. Fumar era normal, roubar era normal. A família consumia drogas. O tio injetava-se. Fumavam ganzas. Era tudo normal. Tranquilo...

.....

Posteriormente o assunto deriva para a projeção da vida fora da prisão, pois dentro de meses existia uma oportunidade de sair de precária. Fala na vontade que tem de tirar o 12ºano na cadeia ou no exterior. Gostava de trabalhar como serralheiro de alumínio com o senhor para quem trabalhou quando tinha 12 anos.

E – Aqui tento perceber o seu percurso de trabalho no estabelecimento prisional

P – Refere que embora saiba que o seu historial é complicado, pois já aconteceram muitas situações graves na prisão e por isso não merece determinados trabalhos, gostava de poder frequentar cursos, ir á escola ou trabalhar. Mas refere que só lhe querem dar trabalhos de 30 euros e esse dinheiro não chega para nada.

E – Para que precisa do dinheiro aqui na prisão?

P - Eu não gosto de pedir nada a ninguém. Nunca o fiz. Sempre dependi de mim. A minha mãe não tem posses. Por isso tenho que fazer certos trabalhos.

E – Trabalhos?

P – Sim. Sou traficante. Se não fosse assim não sobrevivia dentro da cadeia.

E – Está a dizer-me que esta é a única forma que tem de sobreviver?

P – Já tentei outras. Em Coimbra havia outra forma de ganhar 400 euros por mês. Mas não foi possível. Era só para os meninos. Eu nunca fui chibo, nunca denunciei ninguém. Fui educado que o que se passa dentro de casa fica dentro de casa. Fui educado assim e gostei.

E – Qual era essa forma?

P – Explicou-me que havia protocolos com algumas empresas e neste caso apenas tinha que mudar filtros nas máquinas da Delta, mas como lhe foi vedada essa hipótese teve que ir por outra forma.

E – aqui falo-lhe da realidade cá fora e que o trabalho como serralheiro não lhe permitiria ter o dinheiro “fácil” e o obrigaria a compromissos....

Y fica um pouco mais pensativo, considera essa hipótese, mas coloca outras como possíveis caso esta não se afigure possível, embora refira que gosta muito de trabalhar com alumínio.

.....

Ainda foi abordado o assunto do seu casamento na prisão, entre outros, mas a sessão terminou dado o adiantado da hora...

Análise da intervenção

Y é uma pessoa que aparenta uma postura tranquila, sobretudo na interação estabelecida. Quando lhe devolvo esta calma, refere que por natureza é calmo mas também está medicado com uma média de quatro comprimidos de Oxazepan 50 mg por dia. Verifica-se no entanto pouca ressonância afetiva quando fala de alguns assuntos considerados perturbantes, tal como a faca que viu espetada no pai ou outras situações de violência relatadas ao longo das interações.

A sua postura é sempre serena, esporadicamente vai-se ajeitando na cadeira, tem um tom de voz calmo e um discurso fluido. Apesar de a sessão ter sido longa não mostrou nenhum tipo de inquietação.

Nesta altura não lhe devolvi as incongruências que senti face á sua linguagem verbal /não-verbal.

Apesar de a sessão não estar transcrita na totalidade, pois apesar de na altura ter tido consciência da ausência de limites temporais, julgo que a sua condução já não estava a ser terapêutica, mas antes um desfiar do novelo da sua vida no qual me envolvi e enleei.

Julgo que de forma indireta estimei e estive disponível para que o cliente fosse falando sobre a sua história de vida, da qual emergem sentimentos que me deixaram bloqueada e sem fio condutor para a situação inicialmente referida e que era o foco da intervenção.

Penso que fui inundada pela história de vida na tentativa de um melhor conhecimento de Y, mas no final percebo que o essencial não foi explorado.

Não foi explorada a relação com a mãe, com o pai, com os irmãos.

Acabei por valorizar situações mais presentes, desvalorizando as vivências passadas, que poderiam ter sido exploradas de outra forma, possivelmente tentando fazer emergir também situações mais contentoras.

Fiquei “presa” a todo este tempo em que o próprio paciente está detido.

Senti compaixão pela vida que Y viveu, por alguns sonhos que Y possivelmente não vai concretizar.

Apesar de sentir que Y mostra interesse por este tempo e espaço que lhe é concedido, será que o seu intuito é causar este impacto no outro?

A empatia que refiro sentir será porque ele me concede também este espaço para o ouvir e pontualmente lhe devolver algumas questões?

Será esta uma intervenção e relação terapêutica?

Registo de intervenção de âmbito psicoterapêutico com cliente com DPBP

Data: 27/1/17

Intervenção: Construção da relação terapêutica	
Paciente – Y	Enfermeira – Cristina
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Compreender os sentimentos de Y associados á intervenção de âmbito psicoterapêutico- Incentivar Y a expressar os sentimentos face ao diagnóstico médico	
Descrição da intervenção <p>Enfermeira (E) - Boa tarde Y. Conforme tínhamos combinado gostava de falar um pouco consigo, mas antes gostava de lhe perguntar como se tem sentido com o tipo de intervenção que estamos a fazer, o facto de estarmos a falar de si, do que pensa, sente...</p> <p>Paciente (P) - Não tenho problema nenhum em estar a falar consigo sobre mim, também já estou habituado. Durante um ano e oito meses estive numa ala terapêutica. Estou habituado a partilhar muita coisa, tanto em sessões de grupo como individuais. Só não gosto de falar com psicólogas.</p> <p>E – Existe uma razão para isso acontecer?</p> <p>P - Neste momento não falo com psicólogas. Nalguns estabelecimentos prisionais aconteceram muitas coisas.</p> <p>E – Parece-me que algumas situações o fizeram ficar zangado, consegue ser mais explícito?</p> <p>P – Não houve sigilo, não respeitaram o segredo profissional.</p> <p>E – Existem algumas razões que permitem a quebra do sigilo profissional...</p> <p>P – Eu disse uma coisa á psicóloga e passado pouco tempo já o chefe dos guardas sabia, a monitora, toda a gente ficou a saber. Eu não queria.</p>	

E – Como é que se sentiu?

P – Não gostei. Deixei de ter confiança.

E – Mas existem situações em que a informação deve ser partilhada. Deixe-me dizer-lhe que embora muitos assuntos possam ficar entre nós eu tenho que pensar e refletir sobre tudo o que se passa nesta nossa interação e esta informação será vista pelos meus orientadores. O que pensa sobre isso?

P – Não faz mal. Não me faz confusão... Consigo agora é diferente. Sei que posso confiar...

...

E – Como é que o Nuno se sente hoje?

P – Já lá fui a São José beber o contraste. Pedi á médica para me dizer se via alguma coisa, mas ela diz que não conseguia ver nada. Vamos ver o que acontece. O Dr. Já veio falar comigo e a partir de agora disse que não me vais esconder nada.

E- Esconder?

P – Sim.

E - Anteriormente referiu que tinham dúvidas relativamente ao seu diagnóstico. O fato de não lhe confirmarem um diagnóstico porque este ainda não é certo é visto por si como se lhe estivessem a esconder algo?

P – penso que o médico andou a esconder-me a situação porque eu tenho muita ansiedade...

E – e como se manifesta essa ansiedade?

P – fico com uma impressão no estômago.

E – consegue descrever-me essa impressão.

P – é uma sensação estranha de mal-estar, mas como tomo muitos serenais acabo por ficar melhor. Fico tranquilo.

E – está a dizer-me que as queixas físicas deixam de existir, mas os medicamentos não o impedem de pensar. Em que pensa?

P- na minha mãe, no meu padrasto, no meu pai, nas situações que se passam na minha cadeia...

E – e o que sente relativamente a essas pessoas e situações?

P – sinto revolta.

E – consegue explicar-me a revolta que sente?

P - gosto que falem comigo sobre tudo o que me diz respeito. Não gosto que falem nas minhas costas umas coisas e á minha frente outras.

E – houveram situações em isso aconteceu?

P – Sim. Na minha cadeia duas pessoas prometeram fazer uma coisa e outras pessoas já me vieram dizer que isso não foi feito.

E – consegue ser mais claro?

P - precisava que essas pessoas enviassem umas coisas para a minha mãe e ela disse-me que não tinha lá chegado nada.

E – como é que se sente face a isso?

P – revoltado, dizem umas coisas á minha frente e depois não cumprem

E – parece-me que este sentimento está muito presente em si...

P – sim...é verdade

E – apesar de falar em revolta parece-me tranquilo

P – estou diferente. Sou uma pessoa diferente. Há coisas que nunca mais quero fazer.

(nesta altura houve uma série de situações enumeradas tais como roubos com violência física, correio de droga, entre outras situações, e a determinada altura dei por mim juntamente com o cliente a hierarquizar dentro de todas as situações as que seriam mais aceitáveis (aceitáveis??) .

Quando dei conta do que se estava a passar sinalizei ao cliente que isso estava acontecer e ... acabamos os dois a sorrir.)

Posteriormente questiono o cliente ...

E – o que gostava que pensasse é sobre o impacto que todas estas situações tiveram em si...

P- estou muito arrependido

E – o que é que o faz dizer isso?

P – o facto de ter ouvido as pessoas a quem infringi graves danos falarem em tribunal sobre as situações.

E – o que é que as pessoas disseram que lhe causou esse sentimento?

P – as necessidades porque passaram. A violência de algumas situações. Fiz coisas horríveis. Lembro-me de uma Sra. ter referido que ficou sem dinheiro para alimentar os filhos durante um mês e que teve que viver da ajuda de uma coleta que os guardas organizaram. Se tivessem feito isso a alguém da minha família não sei o que era capaz de fazer. Nunca mais quero cometer crimes.

A minha intenção não era matar ninguém. Nunca pensei e nunca quis fazer isso. Mesmo na situação que lhe falei que aconteceu no hospital não era essa a intenção. Mas estávamos numa luta. E era eu ou ele. Ele tinha uma faca e eu acabei por ser mais rápido e atingi-o com uma pedra.

E – apesar de estar a falar de uma situação muito grave mantem um registo calmo. Como é que se sente face a esta situação?

P- mal. Muito mal

E – pode explicar-me um pouco melhor esse sentimento?

P – não há dia nenhum que não pense nisso.

E – está a dizer-me que todos os dias pensa neste acontecimento que o deixa muito mal...

P – todos os dias tenho a imagem na minha cabeça.

E – como é essa imagem?

P – era eu ou ele. Ele tinha uma faca para me espetar mas bati-lhe com a pedra primeiro.

E – E pensa que podia ter agido de forma diferente?

P – Sim. Fui eu que comecei a briga...se fosse hoje era capaz de lhe virar as costas e ir embora.

E – Está a dizer-me que essa pode ser uma postura a adotar nalgumas situações mais disruptivas.

P – Penso que sim, não quero arranjar mais confusões....

...

P – Mas gosto de lutar. Na prisão treino luta mas a intenção não é matar, nunca o quis fazer

(Chamaram para o almoço)

E – Como é que se sente ao falar destas situações.

P – Está tudo bem. Não tenho problema em falar sobre tudo

E – Obrigada. Voltamos a falar noutro dia.

P – Obrigada.

Análise da intervenção:

Apesar de considerar que houve uma melhoria na abordagem aos diferentes assuntos, não consegui ser focal, o que fez com que a intervenção fosse pautada por várias intervenções que mais não foram do que justificações para as dificuldades do cliente.

Penso que devia ter explorado melhor o impacto da doença, se Y assim o desejasse, pelo que a intervenção devia ser explorada na fase inicial. Contudo, considero que em determinados momentos a intervenção

conseguiu apelar ao impacto que as situações tiveram em Y, fazendo-o tomar consciência das suas ações e de alternativas menos violentas, o que apela á sua reflexão.

Esta intervenção já foi circunscrita em termos temporais. No entanto os vários momentos que a devem constituir ainda não ficaram visíveis.

Registo de intervenção de âmbito psicoterapêutico com cliente com DPBP

Data: 6/2/2017

Intervenção: Construção da relação terapêutica	
Paciente – Y	Enfermeira – Cristina
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Perceber a percepção que o cliente tem da doença- Perceber o impacto da doença nas vivências do cliente- Escutar e fornecer suporte emocional ao cliente	
Descrição da intervenção: <p>Esta intervenção aconteceu na sequência das dúvidas e sentimentos relativamente à situação clínica de Y, pois nem mesmo os médicos sabiam na realidade toda a gravidade da mesma. Esta foi uma das várias intervenções onde a doença é abordada e o cliente verbaliza o medo sentido.</p> <p>P – Tenho receio. Não sei o que vão encontrar. Nem os médicos sabem. Sinto medo. Tenho que ultrapassar..</p> <p>E – Como é que ultrapassa esta situação?</p> <p>P - Tentando ser positivo.</p> <p>E – Quer explicar melhor?</p> <p>P – Vão tirar o apêndice, para tirar o tumor, vou fazer quimioterapia. Possivelmente vou ter que ficar com saco permanente ou provisório. Ninguém quer ficar com saco. Não me sinto bem com isso. Mas se tiver que ficar com isso para ficar vivo. Pensamento positivo.</p> <p>E – lembra-se de me ter falado do medo que tinha do sofrimento. Qual é o medo concreto que tem?</p> <p>P – o sofrimento para mim é dor.</p>	

E – o que significa essa dor?

P – frustração, raiva. Não quero sofrer. A vida vai passar se aliviar a dor. Mas se tiver que morrer... Todos nascemos, morremos. Todos temos um tempo. Quando chegar o meu dia..

E – como se fala da morte desta forma tão tranquila.

P – nunca tive medo de morrer. Dizem que sou maluco. Não tenho medo de facas. Nunca tive. Quando tivesse que ir lutar ia. Era inconsequente. Levei muitas facadas, mas nunca tive medo. Mas ainda não tinha chegado a minha hora. Agora não sei se esta já chegou. Este tumor é raro, agressivo. Não sei se vai ser fácil controlar. Mas não quero sentir dor.

E –Fala em dor. Tem sentido dores?

P – Quando começo a sentir dores peço logo algum comprimido para aliviar. E agora estou a colocar um selo no braço de analgésico.

E – está a dizer-me que tem dores e estas estão controladas?

P – Sim. Com a medicação.

E – E existe outra forma de o podermos ajudar?

P – Penso que é importante esta medicação ou outra mais forte se esta não chegar, porque não quero sentir dores.

...

E – Quando fala da morte parece de alguma forma haver uma aceitação

P – Aceito. Quando chegar o meu dia que venha. Sou capaz de ficar chateado, ter pena de não fazer muita coisa, mas aceito como normal. Sinto-me tranquilo.

E – Parece encarar a morte muito naturalmente.

P – Desprendi-me da vida lá fora. Afastei-me de tudo e de todos. A prisão e lá fora é igual. Mas claro que preferia ir lá para fora. Mas se tiver que aqui

ficar é igual.

E – Como é que vê o desprendimento de que me fala?

P – Vejo como uma defesa para encarar isto na boa. Sem stress. Sem pensar em nada do que se passa lá fora.

E - Essa defesa é consciente?

P – Foi acontecendo. Primeiro cortei as visitas durante grandes períodos de tempo. Inicialmente cinco anos, depois seis, três e depois quatro anos.

E – Como é que acha que a sua família se sentia? E o Y, como se sentia?

P – As notícias chegavam á minha mãe por outras pessoas. O meu irmão também estava preso e ele ia dizendo como eu estava. Para mim era mais fácil de suportar.

E – E ainda mantem esta distância?

P – Não. Atualmente estou a ligar á minha mãe quase todos os dias e ela agora vem às visitas.

E – Está a dizer-me que houve uma aproximação?

P – Sim. Agora já consigo falar com ela.

E – A sua mãe sabe da sua situação de saúde?

P – Sim e está preocupada.

E – Como é que vê e sente a preocupação que a sua mãe sente por si?

P – Eu não lhe quero dar preocupações. Eu sempre consegui ultrapassar as situações sozinho.

E – Mas é mais fácil suportar algumas situações, nomeadamente esta, se estiver acompanhado. O que acha?

P – Sim. É verdade. Mas já estou habituado a enfrentar as situações sozinho.

E – Posteriormente falamos novamente da dor que quer evitar e da forma

como esta pode ser atenuada. Nisto parece acreditar que os profissionais vão fazer os possíveis para que sofra o menos possível. Quanto à possibilidade da sua situação ser incurável manteve um discurso centrado na ausência de medo que sente face à morte. Continuou a referir no entanto a pena por todas as coisas que ainda gostava de fazer, tais como estar e brincar com os sobrinhos e com os filhos da ex- companheira que considera como seus, pois adorava ter sido pai. De poder ir ver um concerto de alguma banda que goste, pois nunca teve oportunidade de assistir a um concerto ao vivo. De poder ter uma casa com alguns animais, pois adora cães e especialmente gatos. Diz que em tempos criou um gato na prisão, que tinha aparecido por lá. Gostava de poder viajar um pouco ou fazer pequenas coisas, como um piquenique. Gostava de conhecer as irmãs da parte do pai. Partilhou ainda a forma como ocupa o seu tempo. Refere jogar sudoku e ler poesia. Diz já ter lido todos os livros de poesia das bibliotecas por onde passou.

E – Poesia? O que o leva a gostar de poesia?

P – Os sentimentos retratados.

...

E – Uma vez que faltava pouco para a sessão terminar reforço positivamente estes seus interesses. Faço um balanço da sessão, do medo associado à dor e de como esta pode ser atenuada com a ajuda dos profissionais. O facto de a mãe poder estar presente nesta fase também difícil da sua vida.

Agradeço mais uma vez a partilha e terminamos a sessão.

Análise da intervenção:

Esta intervenção de alguma forma tenta explorar os sentimentos associados à doença e a forma como o cliente a vivencia. Parece aceitar tranquilamente o que quer que se avizinha, o que me parece de alguma frieza emocional. Contudo consegue associar sentimentos a esta sua vivência, mas dos quais se tenta afastar ao cortar relações com o mundo exterior e muitas vezes com o mundo no qual habita, através da leitura de livros e jogo do sudoku. De

referir no entanto que a leitura é feita muitas vezes á noite, pois refere dormir pouco, pois durante o dia encontra-se sempre muito solícito para ajudar os colegas caso necessitem de alguma coisa.

Esta sessão foi conduzida de forma mais focal, percebendo os medos, a forma como o cliente os sente e pode lidar com eles. O medo da doença está muito relacionado com a dor, que no entanto foi pouco explorada a nível do que ela significa para o próprio.

A sessão foi delimitada em termos temporais e no final houve tempo para fazer um pequeno resumo do que havia sido falado.

Registo de intervenção de âmbito psicoterapêutico com cliente com DPBP

Data: 1 /3/2017

Intervenção: Construção da relação terapêutica	
Paciente – Y	Enfermeira – Cristina
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Perceber o impacto que as intervenções tiveram no cliente e a forma como este se sente- Finalização da relação terapêutica	
Descrição da intervenção: <p>Esta descrição corresponde á última intervenção, previamente combinada com o cliente. Este sabia que o estágio estava a terminar e desta forma esta sessão consistiu num balanço do que havia sido previamente abordado e elaborado ao longo das intervenções de âmbito psicoterapêutico.</p> <p>Nesta altura já o cliente havia sido informado da gravidade da sua doença e da possibilidade de poder passar os últimos anos de vida em liberdade, caso o juiz assim o decretasse. Desta forma Y informou a mãe da sua situação e esta demonstrou recetividade para que este fosse para casa onde o poderia ajudar. Contudo e apesar disso Y considera que com o rendimento do qual pode beneficiar e o dinheiro de uma casa que pode vender (de uma herança) poderá ter as condições necessárias para uma vida modesta, mas que lhe permitirá usufruir do que considera ser mais importante. Assim, refere que gostava de poder brincar com os filhos da ex-mulher (pois considera já não ser possível reatar a relação) e levá-los á praia ou a passear, estar com a família, e ele próprio poder usufruir de um pouco de liberdade. Apesar de a mãe poder estar presente noutras dimensões da vida, tal como a nível afetivo, este pareceu não valorizar esta vertente da relação. Referiu “já passou a raiva da minha mãe e com o meu padrasto dou-me relativamente bem. Mas não somos de falar muito, nem de mostrar sentimentos. Vamo-nos</p>	

falando” (sic)

Referiu que independentemente do tempo de vida que lhe resta não irá fazer nada para voltar á prisão. “Não vou e não quero voltar às drogas. Está decidido” (sic). Inclusivamente referiu que todos os negócios que tinha no estabelecimento prisional tinham sido terminados e que não estava interessado no dinheiro que daí resultava.

Mencionou que no decorrer destas sessões refletiu sobre os vários assuntos abordados e que por isso olha para as situações de outra forma nomeadamente para “ a relação com a mãe, com a ex-mulher, com ele próprio e para as relações cá dentro”(sic)

Considera que o que viveu teve muita influência no seu trajeto. Tudo á sua volta era entendido como normal, apesar do ambiente de droga, violência e assaltos.

Apesar de se conseguir projetar no futuro e numa vida para além das grades, isso depende da avaliação que irá ser realizada, dado o historial que o envolve.

Consegue ver a vida para além da doença e se sair gostava de se divertir e conhecer alguns familiares que ainda não conhece.

Quando é confrontado com a possibilidade desta situação não se concretizar, mantém-se no mesmo registo de tranquilidade e demonstra encarar a situação com a mesma serenidade. Contudo, não se vê a morrer numa prisão, pois sempre teve esperanças de puder sair, embora noutras circunstâncias. “Sempre me fiz á vida sozinho” (sic) desta forma esta hipótese a ser viável não era a que tinha pensado para si.

Nesta intervenção valorizo todos estes movimentos de construção e reflexão que o cliente foi demonstrando ao longo das intervenções, mas que também são fruto de todas as situações experienciadas, e agradeço-lhe toda a disponibilidade demonstrada.

Refiro que a equipa multidisciplinar continuará disponível para qualquer

situação que necessite e despeço-me manifestando agrado pela pessoa que ele é (apesar de tudo...penso eu)

Análise da intervenção:

Esta intervenção por ser a última tinha como objetivo perceber o impacto que as intervenções tiveram no cliente.

Y referiu que as sessões foram importantes pois proporcionaram momentos de reflexão e outra forma de perceber as relações interpessoais estabelecidas, nomeadamente com a mãe, com a ex-mulher, com ele próprio e as relações estabelecidas dentro da instituição prisional.

Uma vez que os clientes com perturbação da personalidade Borderline apresentam dificuldades a nível das relações interpessoais considero interessante o cliente ter refletido sobre as mesmas, tentando encontrar alternativas para poder atuar de forma diferente e mais adaptativa.

Embora não dê para avaliar se estas mudanças e a forma de se relacionar vão acontecer na sua vida, nomeadamente se for para casa, percebe-se pelo seu discurso que de alguma forma já as foi colocando em prática nos últimos tempos.

Considero desta forma importante este tipo de intervenção, onde tudo se conjuga de forma a proporcionar ao cliente momentos de reflexão sobre os seus pensamentos, sentimentos e ações, neste caso com o objetivo de se poderem elaborar pensamentos, sentimentos e ações mais adaptativas, possíveis apesar do ambiente hostil.